Ştiinţele comportamentului

L Introducere la ştiinţele comportamentului. Domeniul ştiinţelor comportamentului aplicate în sănătate. Importanţa şi rolul lor pentru formarea medicului 3
Nicolae Miu

II. Psihologia sănătăţii 8
Nicolae Miu

III. Percepţia socială a profesiunii de medic: punctul de vedere al sociologului 14
Iustin Lupu, loan Zone

IV. Etică, morală şi deontologie 36
Nicolae Miu

V. Datoria medicală 48
Nicolae Miu

VI. Riscurile diagnostice şi terapeutice 53
Nicolae Miu

VIL Principiile relaţiei terapeutice 59
Mariana Andreica, Bianca Andreica

VIII. Responsabilitatea civilă a medicului 71
Nicolae Miu

IX. Canale, mesaje şi forme de feed-back prin care se realizează comunicarea interpersonală 75
loan Zone. Iustin Lupu

Y Pmfilul psihologic al profesioniştilor în sănătate 114
Mariana Andreica, Bianca Andreica

XI. Conceptul de psihosomatică 126
Lucia Slăvescu

XII. Etica şi trei probleme majore ale medicinei moderne: Cercetările pe om, Noile descoperiri în genetică şi Procreerea medicală asistată 142
Nicolae Miu

XIII. Stresul în spiritul ştiinţelor comportamentului 154
Nicolae Miu

XIV. Comportamentul alimentar 163
Mircea Alexandru Birt

XV. Comportamentul sexual 178
Doina Cosman, Oana Dobrescu

XVI. Medicul şi calitatea vieţii 186
Nicolae Miu, Mariana Marc

XVII. Lucrul în echipă: medic, asistent, preot, psiholog, psihiatru, asistent social, pacient.. 191
Gheorghe Popa

XVIII. Etica în transplantele de organ 196
Aurel Bizo

XIX. Asistenţa în boli cronice şi terminale 206
Gheorghe Popa

XX. Medicină şi religie.. 214
Mircea Mărgescu

Ştiinţele comportamentului

XXI. Bioetica medicală şi morala creştina 214
Mircea Gelu Buta, Liliana Buta
XXII. Perspectivele medicinei. Aspectele etice ale prevenirii şi promovării sănătăţii 227
Nîcolae Mîu
XXIII. Programe de prevenţie şi promovare a sănătăţii. Aspecte etice 236
Cristina Borzan
XXIV. Puterea medicală. Epilog 248
Nicolae Miu
XXV. Bibliografie selectivă 252

Ştiinţele comportamentului

L Introducere la ştiinţele comportamentului. Domeniul ştiinţelor comportamentului aplicate în sănătate. Importanţa şi rolul lor pentru formarea medicului

Prin anii '60, medicina din Statele Unite ale Americii a început să resimtă necesitatea integrării în practica sa a unor concepte şi tehnici psihologice, în special ale psihologiei comportamentale („behaviorism"), care câştigase teren ia acea epocă în favoarea psihanalizei (ramură a psihologiei care se ocupă de analiza proceselor psihice subconştiente). Deschiderea înspre psihologie a fost impulsionată de succesele notabile pe care „behavioriştii" le obţinuseră nu numai în tratamentul bolilor mintale, ci şi în probleme ca obezitatea, tabagismul, bolile cardio-vasculare, migrena, complianţa la bolile cronice, etc. Pe lângă aceste succese, factori mai generali de factură socială, economică şi epidemiologică au determinat o schimbare de paradigmă în medicină.

începând cu secolul XX, bolile infecţioase au încetat să fie principala cauză a mortalităţii în SUA şi Europa de vest, luându-le locul bolile cronice ca afecţiunile cardio-vasculare, cancerul, bolile respiratorii, în toate aceste probleme de sănătate sunt implicaţi factori de risc care ţin în mare măsură de comportamentul individului: alimentaţie, expunere la factori de mediu nocivi, lipsa exerciţiului fizic, stres, tabagism, etc. De asemenea, s-a constatat, în timp, incidenţă crescută a mortalităţii prin abuz de medicamente şi droguri, alcool, precum şi creşterea accidentelor rutiere. Schimbările rapide şi uneori nocive ale stilului de viaţă în secolul XX, comparativ cu secolul XIX, au atras atenţia asupra unei „noi" variabile cu rol în declanşarea şi evoluţia bolilor, şi anume **comportamentul individual.**

Creşterea tot mai mare a incidenţei bolilor cronice a avut un impact deosebit asupra costului bolii, atât datorită duratei tratamentului, cât şi a noilor tehnici de diagnostic şi tratament. Pentru reducerea costurilor, cea mai bună politică este **prevenţia,** care presupune reducerea factorilor de risc, deci şi modificarea comportamentelor asociate. Astfel, s-a impus necesitatea unei noi direcţii complementare medicinei, care să se ocupe de investigarea sistematică a factorilor de risc şi de modificarea factorilor comportamentali implicaţi în sănătate şi în producerea diverselor boli. Astfel s-a născut **medicina comportamentală** care pentru prima dată îşi definea obiectivele la Conferinţa de la Yale (februarie, 1977):

Medicina comportamentală este domeniul inter disciplinar interesat de dezvoltarea cunoştinţelor şi tehnicilor comportamentale care au relevanţă pentru înţelegerea sănătăţii şi bolii, precum şi de aplicarea acestor cunoştinţe şi tehnici pentru prevenţie, tratament şi reabilitare.

în acelaşi timp, au apărut o mulţime de alte discipline la graniţa dintre medicină şi psihologie, unele insistând mai mult pe cercetare, cum ar fi

neuropsihologia, psihoneuroimunologia, genetica comportamentală, altele având mai mult un caracter aplicativ: psihologia medicală, sănătatea comportamentală, psihologia sănătăţii publice, psihologia reabilitării, etc. Deşi în prezent există specialişti în fiecare din aceste ramuri, toate au fost reunite sub numele de **psihologia sănătăţii,** sub egida American Psychological Association (APA), care a definit domeniul asttel (Matarazzo, 1980):

Psihologia sănătăţii este un agregat de contribuţii psihologice specifice, educaţionale, ştiinţifice şi profesionale, pentru promovarea şi menţinerea sănătăţii, prevenirea şi tratamentul bolilor, identificarea corelaţiilor etiologice şi diagnostice ale bolilor şi disfuncţiilor, precum şi analiza şi îmbunătăţirea sistemului de sănătate şi apoliticii de sănătate.

în prezent, psihologia sănătăţii este definită într-o manieră lărgită, ea ocupându-se de studiul factorilor psihosociali care pot să joace un rol în comportamentele legate de sănătate şi boală. Să luăm ca exemplu o problemă de sănătate cum este cancerul pulmonar. Specialiştii din domeniul psihologiei sănătăţii analizează pe cazuri concrete, la nivel individual sau comunitar, care este relaţia între această boală şi diverse comportamente ale indivizilor implicaţi, de exemplu fumatul. Dacă fumatul apare ca unul din factorii declanşatori ai bolii, se analizează în continuare care sunt factorii psihosociali şi culturali care se constituie ca şi determinanţi ai comportamentului de a fuma. Exemplu: presiunea grupului, tendinţa indivizilor de a prelua anumite modele, stări de criză existenţială, căutarea de stimuli, etc, în funcţie de aceste rezultate, medicii, împreună cu psihologii şi alţi specialişti, elaborează programe de intervenţie la nivel individual, de grup sau comunitar, pentru influenţarea comportamentului problematic şi motivarea pentru adoptarea unui comportament mai sănătos. Intervenţiile pot fi de natură preventivă sau parte a diagnosticului şi tratamentului, inclusiv a reabilitării. Psihologia sănătăţii este un domeniu de actualitate, pentru că societatea devine tot mai conştientă de relaţia care există între stilul de viaţă şi felul în care arătăm şi ne simţim.

Ştiinţele comportamentului şi Ştiinţele sociale aplicate în sănătate reprezintă o nouă încercare de integrare şi clarificare a tuturor preocupărilor în legătură cu sănătatea şi boala din domeniul psihologiei, dar şi al altor ştiinţe sociale, ca sociologia şi antropologia, în 1993, Congresul American a înfiinţat un Oficiu al Ştiinţelor Comportamentale şi Sociale la Institutul Naţional de Sănătate American (OBSSR), pornind de ia constatarea că, contribuţia pentru medicină a ştiinţelor comportamentului şi a celor sociale fusese subfinanţată, în raport cu ştiinţele biomedicale. OBSSR s-a deschis oficial în iulie 1995. O echipă multidisciplinară a propus o definiţie standard a ştiinţelor comportamentale şi sociale:

Domeniile definitorii ale ştiinţelor comportamentale şi sociale sunt acelea care se focalizează în mod fundamental şi explicit pe înţelegerea proceselor comportamentale şi sociale sau pe utilizarea acestor procese pentru a prevedea sau influenţa starea de sănătate şi factorii de risc pentru boală.

Ştiinţele comportamentului

Aceste discipline de cercetare sunt divizate în cercetare de bază şi cercetare clinică, în cadrul acestui curs interesează mai ales ramura de **cercetare clinică,** *care se* referă la:

- Identificarea şi înţelegerea factorilor de risc şi factorilor protectori de natură comportamentală şi socială implicaţi în debutul şi evoluţia diverselor boli.

Exemple de subiecte de cercetare în acest domeniu: fumatul, practicile alimentare, alcoolul, exerciţiul fizic, stresul, abuzul de medicamente şi utilizarea drogurilor social, practicile culturale statutul socio-economic.

- Studiul efectelor stării fizice precare sau bolii asupra funcţionării comportamentale şi sociale.

Exemple: corelate comportamentale ale traumatismului cranian, consecinţe psihosociale ale testării genetice, consecinţe emoţionale şi sociale ale infecţiei cu HIV sau ale cancerului, adaptarea la durerea cronică, consecinţe ale bolii cronice asupra statutului economic şi social.

- Evaluarea intervenţiilor comportamentale şi sociale menite să trateze boli fizice sau mentale sau să amelioreze impactul acestor boli asupra funcţionării comportamentale şi sociale.

Exemple: intervenţii cognitiv-comportamentale pentru tulburări anxioase, strategii psihologice de reducere a durerii, intervenţii pentru restaurarea funcţionării cerebrale şi comportamentale după un accident vascular cerebral, intervenţii în stilul de viaţă pentru prevenţia primară şi secundară în ateroscleroză, proceduri psihologice de creştere a complianţei la tratament.

- Intervenţii comportamentale şi sociale pentru promovarea sănătăţii.

Exemple: evaluarea programelor pentru scăderea incidenţei fumatului la adolescenţi, programe pentru scăderea sedentarismului la vârstnici, promovarea unei alimentaţii sănătoase, intervenţii la nivel familial pentru prevenirea accidentării copilului sau a sindromului morţii subite la sugar, promovarea prezervativelor pentru prevenirea bolilor cu transmitere sexuală, etc.

- Studiul influenţei instituţiilor şi organizaţiilor asupra sănătăţii.

Exemple: analiza accesului diverselor categorii de populaţii la serviciile de sănătate, eficienţa sistemului de sănătate (cost/eficienţă), percepţia socială a sistemului de sănătate, relaţia între comportamentul personalului medical şi complianţa la tratament.

Din toate aceste orientări de mare impact pentru medicina modernă, se pot desprinde câteva aspecte esenţiale, care susţin relaţia existentă între comportament şi sănătate/boală:

1. există comportamente care cauzează boli sau care conduc la declanşarea unor boli;
2. boala însăşi atrage un anumit comportament, ea nu este numai o tulburare organică (!);
3. atitudinea şi comportamentul persoanei în momentul în care aceasta adoptă măsuri preventive sau curative.

Importanţa pentru medicina contemporană a acestor aspecte comportamentale, rezultă din următoarele:

1. OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii) clasifică cauzele principale ale mortalităţii din secolul XX astfel:
    1. Boli cardiovasculare;
    2. Cancer;
    3. Boli cerebrovasculare;
    4. Accidente rutiere;
    5. SIDA - în ultimii ani.

OMS a ajuns la concluzia că 50% din bolile care constituie cauzele principale ale mortalităţii se datorează stilului de viată şi factorilor de mediu, 20% sunt legate de factori comportamentali individuali (fiimat, alcool, sedentarism, somn, stres, sexualitate etc), şi 10% de atitudini individuale greşite fată de procedurile medicale şi preventive, şi de greşeli medicale.

Datele existente în literatură şi datele OMS demonstrează că includerea proceselor comportamentale, sociale şi culturale ca şi corelate etiologice ale bolilor moderne constituie o viziune realistă, iar colaborarea medicului cu specialiştii ştiinţelor comportamentale poate avea o importanţă practică deosebită în reducerea morbidităţii şi creşterea calităţii vieţii individuale.

2. O tulburare organică poate produce o stare subiectivă de discomfort, pe care individul o exteriorizează ca şi „comportament de bolnav". La rândul său, comportamentul de bolnav este sau nu confirmat ca „boală", de către individul însuşi, medic şi societate. Boala este deci un fenomen complicat, care implică factori organici, dar şi factori subiectivi, comportamentali, sociali şi culturali, în limba engleză există distincţie între „disease" şi „illness". „Disease" înseamnă un eveniment biologic caracterizat de schimbări anatomice, fiziologice şi biochimice sau o combinaţie a acestora. „Illness" ar fi experienţa subiectivă rezultată din interacţiunea organismului ca biologic perturbat cu mediul său. în realitate, boala, ca oricare alt eveniment de viaţă, este trăită subiectiv, din perspectiva emoţionaîităţiî şi mentalităţilor înrădăcinate în persoană, în relaţie strânsă cu societatea şi cultura din care face parte.

De exemplu, în timp ce în cultura europeană halucinaţiile sunt considerate simptome ale unei boli mentale, pentru indienii americani ele constituie o experienţă mistică acceptată, chiar venerată. Italienii răspund puternic emoţional la durere şi exagerează în exprimarea ei, în timp ce popoarele nordice tind să suporte cu stoicism. Diferenţe în perceperea şi exprimarea bolii există şi în funcţie de personalitate, sex, vârstă, statut socio - economic, nivel cultural. Toate aceste variabile sunt prezente şi în persoana medicului, influenţând subconştient atitudinea faţă de pacient, şi practicile medicale adoptate.

Cunoaşterea şi autocunoaşterea factorilor psihosociali care influenţează actul medical au o mare importanţă pentru formularea unui diagnostic cât mai

precis, stabilirea unei bune alianţe terapeutice şi, în ultima instanţă, pentru satisfacţia personală a profesiei exercitate la adevărata sa vocaţie umanistă.

3. Variabilele psihosociale influenţează nu numai modul de percepere şi exprimare a unei tulburări, ci şi adoptarea de comportamente preventive sau curative. Multe persoane nu „găsesc" motivaţie adaptării la un stil de viaţă pozitiv, din cauza presiunii sociale vizând anumite comportamente cum ar fi fumatul, consumul de alcool, drogurile. Persoanele care nu se încadrează acestor obiceiuri se simt deseori constrânse sau nevoite să dea explicaţii de ce "da" sau "nu" acestui comportamen aberant. Ele pot ajunge la concluzia că aceste practici, de unde rezultă o serie de comportamente dăunătoare, sunt stimulente plăcute sau capabile să diminue starea de stres, ceea ce constituie evident un mare fals. Există de asemenea convingerea, mai ales la tineri, că un viciu este dăunător în general, dar nu şi pentru persoana în cauză.

în ceea ce priveşte complianţa la tratament în cazul unei boli diagnosticate, intervin şi factori cum sunt înţelegerea instrucţiunilor de către pacient, suportul social, mai ales în condiţiile unui tratament complicat sau greu de suportat. Sunt aspecte care rămân deseori ascunse, dar care totuşi influenţează dramatic evoluţia persoanei înspre sănătate sau boală.

în concluzie, ştiinţele comportamentului pretind în medicină fenomenul de autocunoaştere şi cunoaştere a relaţiilor cu bolnavii şi societatea, de unde asocierea şi necesitatea însuşirii unor noţiuni de psihologie medicală, de psihologie a sănătăţii, de sănătate publică, de epidemiologie, de sociologie şi filozofie cu aplicabilitate practică din anul I de Medicină şi pe tot parcursul vieţii de medic.

Scopul ştiinţelor comportamentului în sensul interdisciplinar (aşa cum sunt considerate ştiinţele comportamentului) este însuşirea şi trăirea de către medic a conceptului de practicare a medicinei, în sensul de:

- prevenire a bolilor şi promovare a sănătăţii;
- identificare a factorilor psihocomportamentali în etiologic, evoluţie şi tratamentul bolilor;
- creştere a calităţii vieţii, îmbunătăţirea îngrijirilor medicale şi în ultimă instanţă a sistemului şi politicii în domeniul medical.

II. Psihologia sănătăţii

Modelul biomedical, Modelul psihologic, Modelul biopsihosocial. Interrelaţiile între societate şi bolnav: punctul de vedere al medicului.

Introducere

în medicină există trei modele complementare:

- Modelul biomedical;
- Modelul psihologic;
- Modelul biopsihosocial.

Modelul biomedical procedează prin aplicarea în medicină a metodei analitice a ştiinţelor exacte.

Modelul psihologic se bazează pe ansamblul cunoştinţelor fundamentale ale psihologiei aplicate în vederea înţelegerii sănătăţii şi bolii.

Modelul biopsihosocial ţine seama de interrelaţiile între aspectele biologice, psihologice şi sociale ale bolii.

Evoluţia clinică a bolnavilor este determinată nu numai de factorii biologici, ci şi de formulele de viaţă ale colectivităţilor şi de evenimentele psihosociale care sunt elemente constitutive ale vieţii individului, precum şi de structurile şi valorile care caracterizează comunitatea.

Atenţionarea asupra dimensiunii biopsihosociale trebuie să facă parte integrantă din raţionamentul clinic şi, în sens mai larg, din modul de a gândi medicina.

Modelul biomedical

Paradigma biomedicală rămâne dominantă în învăţământul facultăţii de medicină ! Medicul format în această tradiţie pare a fi însă interesat numai de demersul ştiinţific al medicinei. în realitate, în practică, medicul îşi dă seama că ştiinţa, în sensul strict, şi respectiv metodele ştiinţifice (fără de care subliniem că nu se poate practica o medicină de vârf, competitivă !) sunt în relaţie cu înţelegerea, diagnosticul şi tratamentul bolii şi nu cu pacientul şi asistenta sa.

Modelul biomedical procedează, aşa cum s-a amintit, la aplicarea în medicină a metodei analitice a ştiinţelor clasice ale naturii.

Importul modelului analitic în medicină se însoţeşte de o decizie iniţială care poate fi ilustrată în mod foarte schematic prin următorii termeni: „a fi bolnav" (a avea o stare de rău, a te simţi rău...) se reduce la „a avea o boală", o entitate morbidă în organism, existând riscul reducerii corpului uman la un obiect sau la un agregat de organe şi funcţii, amputat de raportul său cu lumea şi de modalităţile concrete ale vieţii.

Ştiinţele comportamentului

Modelul biomedical, deşi constituie o problemă de bază, „neînnobilat" poate conţine o eroare în sensul neincluderii pacientului şi a atributelor sale ca persoană. Ca să aibă valoare el trebuie umanizat.

A promova o ştiinţă a omului în medicină înseamnă a promova adăugarea elementelor de psihologie, sociologie şi ale altor ştiinţe umane la ştiinţele exacte ce compun medicina. Aceasta înseamnă reînoirea paradigmei ştiinţifice de a cunoaşte şi de a practica medicina.

O paradigmă ştiinţifică trebuie să definească câmpul de extindere al cunoştinţelor şi metoda utilizată, raportată la acest câmp, în sensul cunoaşterii şi a puterii de a-1 modifica.

Formarea unei paradigme ştiinţifice în medicină implică o primă decizie relativ la cunoaşterea „obiectului" propriu rnedicinei:

- organul sau funcţia perturbată ?
- funcţionarea corpului în ansamblul său ?
- omul ca individ "psihofîzic" ?
- omul ca membru al unei colectivităţi ?

Metoda implică o decizie atât ca mod de abordare a acestui obiect specific, cât şi ca îngrijire (asistenţă).

Apropierea de omul bolnav şi nu numai de boală, pretinde o modificare a paradigmei ştiinţifice în medicină, ceea ce înseamnă o revizuire critică a cunoştiinţelor de delimitare a câmpului propriu rnedicinei şi a metodelor elaborate pentru a-1 cunoaşte şi a putea interveni asupra sa.

Modelul psihologic

Psihologia sănătăţii constă în studiul factorilor şi a proceselor psihologice care joacă un rol în apariţia bolilor şi care pot accelera sau încetini evoluţia lor.

Există în plus în cadrul acestei discipline 3 obiective importante, legate între ele:

- promovarea comportamentelor şi stilurilor sănătoase de viaţă;
- prevenţia şi tratamentul bolilor;
- ameliorarea "preluării" şi asistenţei pacienţilor.

Actualmente, psihologia sănătăţii este definită la modul general ca studiul factorilor psihosociali care pot juca un rol în comportamentele şi în cunoştiinţele legate de sănătate şi de boală.

în căutarea identificării diferiţilor factori de influenţă şi a interacţiunilor lor, este vorba de a înţelege mai bine apariţia şi evoluţia bolii şi de a propune intervenţiile adecvate.

Psihologia sănătăţii datează din anii '70. Dezvoltarea acestei discipline se datorează următorilor 3 factori:

- Cauzele mortalităţii (în general): acestea sunt azi cu totul altele. Dacă imediat după 1900 cauzele de mortalitate au fost, în primul rând, bolile infecţioase; ulterior, mai cu seamă în ţările civilizate, bolile cronice (cardiace, canceroase,

vasculare cerebrale, ale plămânilor, ale ficatului, rinichilor, digestive) treptat, treptat au dominat.

în timp, s-au precizat factorii de risc care pot "induce" această patologie: hipercolesterolemia, obezitatea sau malnutriţia, tabagismul, lipsa exerciţiului fizic, alcoolul, stresul, etc. Aceşti factori sunt la rândul lor legaţi de anumite comportamente.

Conform datelor Ministerului Sănătăţii din SUA (şi din alte statistici), jumătate din decese este legată de factorii de risc puternic influenţaţi de comportamentul indivizilor.

- Unii factori economici, cum ar fi aplicarea şi dezvoltarea conceptului conform căruia este mult mai util şi mai ieftin de a preveni, decât a vindeca o boală. A preveni, înseamnă a diminua acţiunea factorilor de risc şi astfel se acţionează asupra comportamentelor asociate acestor factori. » Dezvoltarea psihologiei a contribuit la naşterea psihologiei sănătăţii.

Domeniile psihologiei sănătăţii sunt:

- Comportamentele, care pot avea consecinţe fiziologice şi care influenţează sănătatea, în situaţia stresului, de exemplu;
- Modul nostru de a trăi, obiceiurile, care pot avea efecte nocive asupra sănătăţii, cum este, de exemplu, tabagismul şi lipsa exerciţiului fizic;
- Modul de comportare faţă de boală, ceea ce are influenţă foarte importantă asupra sănătăţii ulterioare.

Modelul **biopsihosociai**

încă din 1977 s-a propus o nouă conceptualizare a bolii, integrând şi aspectele psihologice şi sociale ale acesteia. Un ansamblu de date susţine că în domeniul sănătăţii trebuie acordate o **importanţă şi o atenţie majore** acestui **concept integralist,** nu numai pentru o mai bună înţelegere a pacientului, ci şi pentru strategiile asistenţei, pentru luarea unor măsuri sociale mai adaptate şi mai puţin costisitoare.

O problemă foarte importantă este de a cunoaşte modul în care dimensiunile biologice, psihologice şi sociale ale bolii se articulează unele cu altele.

Un prim nivel de elaborare al problemei constă în a investiga şi în a analiza diferitele tipuri de efecte care se produc prin interacţiunea acestor dimensiuni.

Ideea de bază a paradigmei sistemice aplicată ştiinţelor vieţii este aceea conform căreia regnul vieţuitoarelor nu există în stare izolată, întreaga unitate care trăieşte (celulă, persoană...):

- este un sistem complex care integrează sub-sisteme

Şi

- ea însăşi este un component al unei noţiuni mai "largi": mediul.

Astfel, oricare nivel al „realităţii vii" (de exemplu un organ al corpului uman) comportă o "identitate" şi o "organizare" proprii, specifice prin natura

componentelor (molecule, celule, ţesuturi...) şi prin modalităţile regulilor lor de schimb. Dar orice nivel al „realităţii care trăieşte" întreţine, de asemenea, în funcţionarea sa de ansamblu o articulaţie dinamică cu "suprasistemele" în care el se înscrie şi care formează ansamblul mediului său (sistem nervos, persoană, familie, comunitate...).

în medicină există exigenţa conform căruia trebuie luată în consideraţie articulaţia diferitelor nivele constitutive ale subiectului care trăieşte.

în medicină, "nivelul de sistem" care serveşte ca punct de referinţă este pacientul, adică subiectul uman.

Paradigma biopsihosociaîă este un model ştiinţific destinat înţelegerii interrelafiilor complexe care există între diferitele dimensiuni ale vieţii şi a putea, astfel, în asistenţă, în îngrijirea pacientului şi în tratamentul bolii să ţinem seama de efectele stabilizatoare sau destabilizatoare pe care aceste diferite nivele de organizare le exercită unele asupra altora.

în timp ce, în modelul biomedical clasic, datele relative la mediul uman al pacientului rămân în afara câmpului ştiinţei şi în afara anchetei critice, modelul biopsihosocial postulează importanta apropierii de aspectele personale, interpersonale şi sociale ale vieţii cu aceeaşi rigoare şi acuitate critică aplicate fenomenelor biologice.

în practică, aceasta înseamnă că medicul identifică şi evaluează potenţialul stabilizant sau destabilizant al evenimentelor şi relaţiilor care aparţin mediului social al pacientului şi, mai ales, el nu neglijează modul în care efectele destabilizante pe care boala pacienţilor le exercită asupra apropiaţilor lor şi care pot exersa la rândul lor o influenţă şi mai destabilizatoare asupra pacientului.

Boala se poate defini ca un proces specific prin care subiectul suferă un "rău" al propriului său corp, modificările putând surveni la nivel de celule, ţesuturi, organe, sisteme organice sau chiar la nivelul sistemului nervos, dar boala nu devine fenomen real decât în momentul în care persoana este implicată, respectiv din clipa în care ea are experienţa unei stări "de rău" sau a "unei insuficienţe" sau manifestă un comportament care poate fi interpretat ca indicând o boală.

Boala, în acest sens, nu este niciodată un fenomen pur biologic; ea interesează un organism care, înainte de a putea fi calificat ca un "corp fizic", este un corp propriu al unei persoane, un "corp locuit".

Boala modifică raportul individului cu ei însuşi, dar şi raporturile sale cu lumea. Este vorba, în fond, de a înţelege trăsătura condiţiei umane, mult mai semnificativă şi complicată în medicină.

Boala este un eveniment care interesează un corp viu locuit de un subiect, dar, de asemenea, un corp care trăieşte social.

Acest ultim element este foarte important de reţinut, deoarece: • boala, perturbând funcţiile biologice, perturbă omul, dar aceasta are relaţii cu partenerii mediului său;

- evoluţia bolii este sensibil legată de ceea ce se întâmplă între pacient şi anturajul său uman.

Caracteristica bolii este un punct de intersecţie dureroasă între factorii biologici, psihologici şi sociali. A fi bolnav înseamnă o "modificare" a lumii noastre.

Boala transformă deschiderea bolnavului fată de ceilalţi şi o reduce într-un sens care ar putea fi rezumat, în mod foarte schematic, în aceşti termeni: "ajutaţi-mă sau lăsaţi-mă"!

Dacă boala poate produce o ruptură dureroasă a relaţiilor pacientului cu mediul său, ea induce, de asemenea, şi aceasta cel mai adesea, o "regrupare" protectoare stimulând la cei apropiaţi (dar şi la alţii) comportamente solidare de grijă.

în contextul bolii, trei întrebări deţin o funcţie "organizatorică" importantă:

- Ce optică are medicul în încadrarea suferinţei pacientului pentru a-1 face să recurgă la sistemul de îngrijiri şi să colaboreze cu acesta cât mai bine ?
- în ce mod, în cazul unei boli nevindecabile, medicul îşi va finaliza munca sa de îngrijire a bolnavului ?

« Cine se va mai implica după momentul efectuării diagnosticului în gestiunea prognosticului, în alegerea celui mai bun tratament, în elaborarea unui proiect de îngrijiri pe termen lung ?

La aceste întrebări răspund din unghiuri diferite, dar vizând binele bolnavului, nu numai ştiinţele comportamentului, ci toate celelalte ştiinţe conexe.

Insistăm însă asupra necesităţii integrării în mod sistematic, în urmărirea pacienţilor, a anturajului familial - orizont de resurse - esenţial pentru pacient dar şi a locului în care se "desfăşoară" o parte importantă a suferinţei legată de boală.

Interrelaţiile între societate şi bolnav

Omul este totdeauna situat într-o colectivitate, chiar şi atunci când este izolat sau suferă fenomenul de dezinserţie socială.

Colectivitatea în sânul căreia multiplele relaţii se nasc, se dezvoltă sau se destramă, formează o tramă în mişcare, înnodată de o legătură vitală.

Medicina, ştiinţa despre sănătatea omului, trebuie să ţină seama de traiectul definitor ai individului, ceea ce se poate numi simplu - situaţia sa socială.

In mod cert, componenta socială a bolii este un subiect controversat şi nu întotdeauna exact înţeles. Astfel, precaritatea socio-economică, pauperismui, şomajul, trebuie considerate ca factori producători de boală ? Ei nu produc în mod direct boala, dar pot contribui, în grade diferite, în a-1 face pe individ mai mult sau mai puţin vulnerabil sau îi diminua acestuia aptitudinile de a face faţă bolii.

Lucrări mai vechi (anii '80) arătau deja că unele condiţii sociale, economice, de mediu şi chiar culturale pot avea, per se, consecinţe morbide.

După 1990, o serie de lucrări analizează rolul şomajului în acest sens, arătând că:

- şomajul pune în evidenţă pregnant problemele sănătăţii şi, într-o măsură dificil de evoluat, contribuie în a le face mai acute;
- problemele de sănătate puse în evidenţă prin criza lipsei locurilor de muncă se întind la un public mult mai mare ca număr decât la cel format din care pretind muncă;
- factorii de natură individuală sau socială pot reduce efectele "patogene" ale şomajului sau invers să le exacerbeze.

Sunt date care arată că şomajul creşte cu 1/3 probabilitatea ca persoanele să moară în următorii 10 ani care urmează intrării în şomaj, printre cauzele decesului dominând suicidul, moartea violentă, tuberculoza, cancerul.

Modul exact prin care şomajul omoară nu este foarte clar, dar este cert că sărăcia şi stresul au efecte devastatoare asupra sănătăţii în general, asupra sănătăţii mentale şi asupra adoptării unor comportamente defavorabile sănătăţii.

A insista pe dimensiunea socială a bolii nu înseamnă a afirma că aceasta ar fi determinată doar de o singură cauză, cea socială ! Aceasta nu înseamnă nici pledoarie pentru o nouă clasă de bolnavi pe care o aşezăm lângă grupa tulburărilor somatice "pure", cea a tulburărilor "psihosomatice" sau "psihogene".

Prin cele menţionate până aici se vrea doar a promova principiul integrării în medicină, respectiv cunoaşterea axului social al bolii, insistând pe importanţa întrebărilor care trebuie să ni le punem în faţa oricărui pacient:

- în ce măsură existenţa sa împreună cu alţii şi într-o comunitate specifică au putut contribui la apariţia suferinţei, respectiv a bolii pe care o prezintă ?!
- în ce măsură această dimensiune socială poate fi mobilizată pentru a promova o stare de mai bine ?!

Este important ca medicul să reflecteze asupra conceptului de ora, care inspiră proiectul său de grijă sau asistenţă a omului bolnav, ca el să se întrebe asupra conceptului de comunitate, ceea ce-1 determină să intervină în problemele de sănătate a unui om care este caracterizat printr-un a fi social.

O astfel de gândire a medicului îl determină să aibă o reflexie etică şi pragmatică asupra contractului social, care în domeniul sanitar, ar putea lega individul de societate şi societatea de subiectul singur (uneori însingurat).

In concluzie, se poate postula că medicul adevărat trebuie să ţină seama de repercursiunile multiple pe care boala le exercită asupra mediului familial şi social al pacientului şi să prevină, invers, efectele destabilizatoare pe care o gestiune familială sau comunitară disfuncţională a bolii poate să o exercite asupra pacientului.

Este important, în acest sens, ca medicii să evalueze modurile în care acordă cel mai bine asistenţa unui pacient, nu numai strict din punct de vedere medical, ci şi al principiului solidarităţii, necesar menţinerii şi dezvoltării vieţii comunitare în complexitatea sa.

III. Percepţia socială a profesiunii de medic: punctul de vedere al sociologului

Activitatea medicală de îngrijire şi recuperare a sănătăţii este printre cele mai vechi şi importante activităţi umane, originea ei pierzându-se în negura mitologică a istoriei umanităţii. Importanţa acesteia a determinat, pe plan social, specializarea în interiorul comunităţii a unui grup social distinct, însărcinat cu organizarea evaluării, menţinerii şi recuperării stării de sănătate a indivizilor, ca o condiţie primordială a existenţei lor, atât pe plan biologic cât şi pe plan psihosocial

La începuturile sale activitatea medicală era legată de magie şi religie. Este ilustrativ, din acest punct de vedere, faptul că Asklepios, primul medic al antichităţii, era considerat ca fiind înzestrat cu puteri supranaturale, acordând ajutor chiar şi personajelor divine. Era considerat fie zeul medicinei, fiu al lui Apollo, fie semizeu, iar Hygea (Sănătatea) era chiar fiica sa.

începând cu antichitatea greacă, medicina intră într-o nouă fază de dezvoltare, caracterizată prin desprinderea de magie şi religie şi prin specializarea profesională a vindecătorilor, constituiţi într-un corp social aparte, cu tradiţii transmise din generaţie în generaţie. Codul lui Hipocrate, "părintele medicinei", fixează cerinţele etice fundamentale ale profesiei medicale în sensul asigurării unui control cât mai riguros asupra modului de exercitare a actului medical, de transmitere a cunoştinţelor medicale şi de stabilire a relaţiilor cu pacienţii.

Abordarea empirică, raţională şi experimentală a bolilor s-a afirmat tot mai viguros în cursul secolelor, conducând la constituirea medicinei ca o ramură ştiinţifică specializată, corpul medical dobândindu-şi, ia rândul lui, un statut distinct în rândul categoriilor profesionale. Cu toate variaţiile de la o epocă la alta, prestigiul profesiei medicale, şi implicit a statutului de medic, se situează pe primele locuri în ierarhia profesiunilor. Ilustrativ pentru preţuirea acordată acestei profesii, încă din vechime, sunt afirmaţiile lui Homer (sec.VIII î.Ch.), din Iliada: "Face cât oameni mai mulţi un om care vindecă oameni; taie din răni săgeţi şi cu leacuri alină durerea".

Peste veacuri, celebrul medic şi filosof iranian Avicena (Ibn-Sma, 980-1037) în "Poemul medicinei" va face elogiul acestei profesii spunând: "Poeţii sunt prinţi ai cuvântului, medicii domnesc asupra trupului; elocvenţa primilor desfată sufletul, devotamentul celorlalţi tămăduieşte pe cei bolnavi".

în zilele noastre medicul aparţine unui grup profesional precis conturat din punct de vedere social. Comportamentul său e definit prin norme particulare, educaţia sa îi conferă o anumită imagine asupra bolii şi asupra societăţii. El are, altfel spus, un anumit statut şi, în directă dependenţă de el, un anume rol în societate.

Statut ***şi rol social Rolurile sociale în relaţia terapeutică***

Statutul reprezintă poziţia ocupată de o persoană, sau un grup de persoane, în societate.

Max Weber a dat termenului de statut înţelesul de prestigiu social (Wirtschaft und Gesellschaft, 1921). Ralph Linton, din perspectiva antropologiei culturale, a utilizat termenul de statut cu înţelesul de colecţie de drepturi şi de datorii generate de locul ocupat de individ în societate (The Study of Mân, 1936). Talcott Parsons face distincţie între statuturi atribuite (legate de anumite calităţi ale individului; vârstă, sex, rasă, etc.) şi statuturi achiziţionate, pentru care individul optează, face anumite eforturi (profesie, poziţie economică, stare civilă, etc - The Social System, 1951). Statutul de vârstă, cel mai activ ca dezvoltare, cel profesional şi cel cultural evoluează împreună în copilărie, prin şcoală, pentru ca ulterior să se distanţeze şi să se dezvolte distinct. Toate statuturile asociate unei persoane formează setul de statuturi propriu acesteia. Statutul cultural, profesional şi cel economic au rol hotărâtor în configurarea statutului social al unei persoane.

în societăţile moderne statutul profesional apare ca un factor central în constelaţia de statuturi parţiale, care compun setul de statuturi ale persoanei. Statuturile profesionale se divid în statuturi formale (oficiale, distribuite conform organigramei) şi statuturi informale (dobândite pe baza caracteristicilor specifice persoanei). Statutul formal se referă la diferenţierea gradelor de autoritate conferite angajaţilor de către organizaţie. El se exteriorizează prin folosirea simbolurilor statutului, adică prin obiecte sau însemne ce reflectă poziţia unei persoane în cadrul ierarhiei instituţionale, ca de exemplu: titluri profesionale (director, şef de serviciu, şef de secţie, etc), avantaje suplimentare (spaţiu de parcare, apartament de serviciu, etc), condiţii de lucru luxoase (un birou generos decorat, calculator, fax, etc)

Statutul informai se referă la prestigiul acordat indivizilor pe baza unor trăsături necerute expres de organizaţie. De exemplu: angajaţii mai în vârstă şi cu experienţă mai mare sunt percepuţi ca având un statut mai înalt decât ceilalţi colegi, cei care au capacităţi speciale (sunt pricepuţi în informatică, cunosc limbi străine, au abilităţi deosebite de comunicare) sunt consideraţi ca posedând un statut mai ridicat decât ceilalţi.

Schimbarea statutului profesional atrage după sine schimbarea statutului economic, respectiv a veniturilor şi prestigiului social.

Statuturile parţiale ale unei persoane pot fi congruente sau incongruente, generând în acest caz conflicte interstatut (de exemplu, conflicte între statutul familial şi profesional).

Unele statuturi sunt generatoare de conflicte prin însăşi natura lor. în sociologia organizaţională s-a relevat că poziţiile ierarhice intermediare determină conflicte interstatut. Cercetările sociologice concrete au arătat că modul în care persoana îşi percepe propriul statut intervine decisiv în depăşirea conflictelor inter- şi intrastatut. De asemenea, s-au găsit corelaţii semnificative între

cristalizarea statuturilor şi atitudinile politice, între statuturi şi anumite boli psihice, între statutul profesional formal şi satisfacţia muncii.

Conceptul de rol social

Rolul social reprezintă un model de comportare asociat unui statut, punerea în act a drepturilor şi datoriilor prevăzute de statuturile indivizilor şi grupurilor într-un sistem social (CZamfir, L.Vlăsceanu, 1993). Primul care a utilizat termenul de rol în accepţiunea sociologică modernă este Ralph Linton, Sociologul american George Herbert Mead, accentuând importanţa îndeplinirii rolurilor sociale, considera că învăţarea lor duce la formarea personalităţii şi asigură funcţionarea colectivităţilor umane (Mind, Seif and Society, 1934).

Ca aspect dinamic al statutului, rolul social exprimă atât un comportament efectiv, cât şi o prescripţie normativă. Din acest punct de vedere, rolul social reprezintă ansamblul de comportamente pe care în mod legitim îl aşteaptă ceilalţi de la individul care ocupă o poziţie socială determinată, un statut social, în raport cu statutul, rolul social este mai flexibil. Statutul poate rămâne neschimbat, pe când rolul social se schimbă pe măsura schimbării cerinţelor sociale. Statutul de femeie, de exemplu, s-a păstrat, dar rolul social al femeii s-a modificat radical în prezent faţă de trecut, atât sub aspect profesional, cât şi politic, cultural, familial, etc. Dacă în epoca victoriană a cocheta cu bărbaţii din anturajul imediat era considerat o abatere de la rolul femeii, azi acest lucru e acceptat ca ceva firesc, ca făcând parte din rol.

Rolurile sociale (rolul de tată, de medic, de student, etc) nu se realizează oricum; ele se "joacă" în funcţie de regulile şi aşteptările colectivităţilor şi grupurilor umane. Acestea formează ***"aşteptările rolului"*** (role expectation), respectiv prescripţiile normative ce definesc modul în care trebuie jucat un rol. Comportarea reală în rol reprezintă ***"realizarea rolului"*** (role performance), realizare determinată de mai mulţi factori: cerinţele de rol, perceperea acestora de către individ, trăsăturile de personalitate, gradul de identificare a individului cu grupul de apartenenţă, etc.

Relaţia dintre prescripţiile de rol (stereotipul social) şi realizarea rolului, relaţie mediată de trăsăturile de personalitate, a fost redată de G.W.Allport conform figurii l.

Fiecare individ îşi asumă rolul sau rolurile cu o fidelitate mai mare sau mai mică în raport cu modelele existente în societatea globală sau în grupurile de apartenenţă. El poate inova în raport cu modelele de aşteptare, în funcţie de aptitudinile, perceperea şi selecţia modelelor , de aici rezultând diferenţa dintre "intrarea în rol" şi "stereotipul social".

Corelativ statuturilor sociale, fiecărei persone îi sunt proprii, la un moment dat, mai multe roluri sociale care pot fi şi ele congruente sau incongruente. Ele alcătuiesc setul de roluri specific unei persoane. Un anumit rol din set este de obicei proeminent, persoana investind în realizarea lui resursele sale cele mai importante.

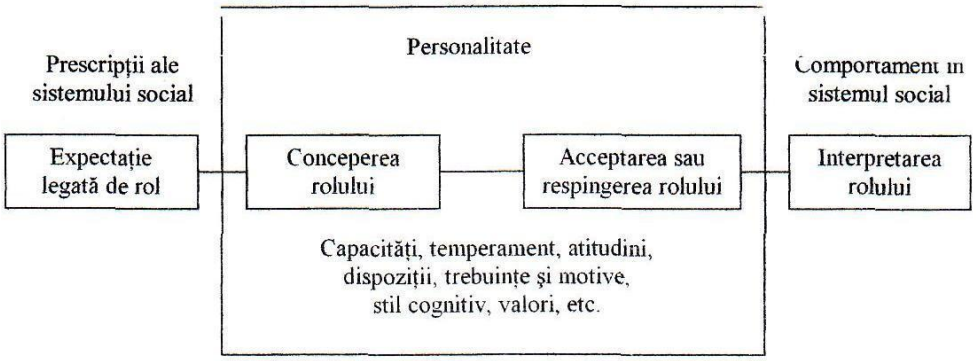

Prescripţii ale sistemului social
Personalitate
Comportament în sistemul social
Expectaţie legată de rol
Conceperea rolului
Acceptarea sau respingerea rolului
Interpretarea rolului
Capacităţi, temperament, atitudini, dispoziţii, trebuinţe şi motive, stil cognitiv, valori, etc.

Figura 1 Relaţia dintre prescripţiile de rol şi comportamentul de rol. Sursa: W.Allport Gordon. Structura şi dezvoltarea personalităţii. Ed.Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1991,191.

Incongruenţa rolurilor poate genera conflicte şi tensiuni interroluri. Când, din anumite motive, persoana nu poate răspunde aşteptărilor rolului vorbim de *"tensiunea roluluP.* Ea poate fi produsă în mai multe situaţii:

- când există o discrepanţă între trăsăturile de personalitate şi prescripţiile rolului social (un individ nehotărât ce trebuie să îndeplinească rolul unui om ce ia decizii îndrăzneţe);
- când are loc o schimbare rapidă a rolului de la un tip de activitate la altul;
- când există o suprasolicitare sau o subsolicitare a persoanei în roluri.

Când un individ joacă două sau mai multe roluri ale căror cerinţe sunt în conflict sau sunt greu de conciliat, spunem că se află într-o situaţie de *"conflict de rol"* (de exemplu, un medic aflat în situaţia de a efectua o operaţie chirurgicală mutilantă asupra unui membru al propriei familii sau cazul poliţistului pus în situaţia de a-şi aresta propriul fiu).

în aceste cazuri individul trebuie să efectueze o ierarhizare care implică ignorarea unor prescripţii de rol până la un prag critic, pe seama altora, considerate ca prioritare. Acest lucru antrenează distorsiuni în viaţa psihică a individului, "comportare dublă în rol" cu consecinţe grave, mergând până la disoluţia caracterului.

Examinând formele conflictelor de roluri şi sursele lor, J.Maisonneuve precizează printre sursele de conflict care ţin de condiţiile socio-culturale, următoarele:

1. Proliferarea rolurilor în societatea contemporană;
2. Inconsistenţa sau echivocul poziţiilor şi al modelelor de roluri corelative: toate poziţiile de *intersecţie* sunt astfel, fie că apar:

- între două culturi aşa cum este cazul "marginalului", un individ transplantat ca adult într-o cultură foarte diferită de a sa, în care nu reuşeşte să se adapteze decât în mod parţial şi superficial;
- între două clase de vârstă aşa cum se întâmplă în cazul adolescentului în societăţile dezvoltate; sfâşiat între modelele de conduită infantilă şi cele ale adulţilor, el este adesea subiectul unor aşteptări contradictorii, din lipsă de "rituri de trecere";
- între două grupe profesionale; este, de exemplu, cazul maistrului situat între muncitor şi cadre, între bază şi autoritate, prins adesea într-un joc dublu al solidarităţilor";

3. Evoluţia rolurilor o devansează pe cea a statuturilor şi modelelor comune (de exemplu, evoluţia rolului femeii contemporane);
4. Articularea deficientă a funcţiilor: de exemplu, interferenţa posturilor într-o organizaţie profesională aflată în transformare (ce creează posibilitatea competiţiei pentru asumarea simultană a aceluiaşi rol).

La nivel individual acest conflict de rol este simţit în mod acut în trei situaţii:

- atunci când subiectul este plasat într-o poziţie de intersecţie (cazul 2);
- -atunci când individul nu aderă afectiv sau ideologic la rolul său (cazul funcţiei impuse);
- -atunci când este contrariat de exigenţele incompatibile ale unui rol mixt.

între rolul social şi personalitate există o strânsă interdependenţă: nu numai rolul social influenţează personalitatea, dar şi aceasta, prin interpretarea rolului social, contribuie la modificarea prescripţiilor de rol. Există totodată o marjă de libertate în interpretarea rolurilor, în structurile organizaţionale birocratice, individul este supus unor presiuni sociale care îl obligă să-şi dezvolte anumite trăsături de personalitate, precum: prudenţa, spiritul de disciplină, supunerea necondiţionată faţă de reguli. Odată cu evoluţia societăţii a sporit complexitatea setului de roluri proprii fiecărei persoane şi s~a mărit ponderea rolurilor sociale universaliste, neutre afectiv, dobândite.

Statutul social al medicului

Fiind elementul cheie în cadrul sistemului sanitar, medicul are un statut deosebit şi în cultura extra-medicală. Statutul lui în societatea contemporană este printre cele mai înalte, medicul fiind considerat azi, prototipul profesionistului prin excelenţă.

Ca *profesionist,* medicul se distinge, după opinia lui E.Freidson (1970), prin înaltul nivel de formaţie abstractă şi specializată, prin "orientarea spre profesie", căreia îi corespunde ideea de "vocaţie", prin recunoaşterea deplinei sale autorităţi asupra bolii şi prin monopolul obţinut în tratamentul ei. Medicii se diferenţiază de alţi (lucrători) profesionişti prin faptul că lor le este recunoscut

monopolul propriei lor activităţi, precum şi o autonomie excepţională în exerciţiul şi în controlul ei.

Astfel, medicii sunt cei care determină conţinutul studiilor medicale, ei formulează regulile codului deontologic al profesiunii medicale (recunoscut de stat) şi tot ei sunt cei care depind de propriile lor organizaţii (Ordinul Medicilor). Controlul care se exercită asupra lor este deci, în rnod esenţial, un autocontrol. (P.Adam, C.Herzlich, 1994).

Statutul medicului este asociat cu valori ca: putere, cunoaştere, devotament, eroism, putere de sacrificiu. Este elocventă din acest punct de vedere o anchetă naţionala desfăşurată în SUA, care situează profesia de medic pe primul loc în ierarhia profesiilor (WJ.Vander Zanden, 1988). Ierarhia primelor zece profesii, după punctajul obţinut, este relevată în tabelul l.

Tabel l Ierarhia primelor zece profesii după punctajul obţinut.

Primele 10 profesii	Puncte	Ultimele 10 profesii	Puncte
Medic	82	Fermier	41
Profesor universitar	78	Şef de restaurant	39
Jurist	76	Mecanic auto	37
Stomatolog	74	Brutar	34
Funcţionar de bancă	72	Vânzător în magazin	29
Pilot de avion	70	Pompist la benzinărie	22
Funcţionar	69	Recepţioner la hotel	20
Sociolog	66	Lucrător la salubritate	17
Profesor de liceu	63	Portar	16
Farmacist diplomat	61	Lustragiu	12

Sursa: WJ.Vander Zanden. The Social Experience. An Introduction to Sociology, New York, Random House, 1988, p.232.

într-o anchetă realizată în ţara noastră, în 1993, pe un eşantion de 1645 de elevi din clasa a XII-a , profesia de medic se situează pe locul trei ca prestigiu în ierarhia ocupaţiilor, după aceea de profesor universitar şi de judecător (vezi T.Rotariu, P.Iluţ, Sociologie, Cluj Napoca, Ed. Mesagerul, 1996, p. 175).

Datorită diferenţierii şi multiplicării specialităţilor medicale, astăzi medicina curativă s-a împărţit în două tabere: aceea a omnipracticienilor (medicii generalişti) şi aceea a specialiştilor. Citând sondajele efectuate de J.Stoetzel în Franţa, I.B.Iamandescu (1997) afirmă că celor două tipuri de medici le corespunde, în opinia marelui public, două imagini: imaginea medicului care *îngrijeşte* (medicul de familie, medicul generalist) şi imaginea medicului care *vindecă,* ce poate face chiar minuni, adică medicul specialist.

Locul important pe care-î deţine medicul în societate decurge din valoarea ataşată sănătăţii, vieţii şi morţii. El nu se datorează câştigului, ci în primul rând, puterii pe care o deţine. Medicul intervine în situaţiile de criză, se apelează la el pentru că are puterea de a vindeca. El apare într-o triplă ipostază; de om care: • alină suferinţa;

- vindecă boala;
- saivează (uneori) viaţa bolnavului.

Folclorul medical arată că medicul deţine, ca şi şamanul, o putere magică. El este un personaj puternic, cu puteri şi drepturi ce nu sunt accesibile muritorilor de rând. Cum spunea Michael Laudon (1992), medicii "au putere socială, culturală, charismatică şi ***esculapiană"*** asupra pacienţilor. Este puterea cunoaşterii izvorâtă din educaţia şi profesionalismului specialistului, în opinia lui G.Saxon, statutul prestigios al medicului în societate e legat de duritatea şi frustrarea înregistrate în perioada îndelungată a pregătirii profesionale, din responsabilitatea sa crescută (el e răspunzător de viaţa şi moartea pacienţilor), responsabilitate ce implică tensiuni morale extreme; din orele suplimentare petrecute în exercitarea profesiunii, din stăpânirea de sine pe care şî-o dobândeşte pe parcursul studiilor (trebuind să-şi sublimeze aversiunea provocată de aspectele maladive ce izvorăsc din stările patologice ale corpului uman) (G.Saxon, 1986). Medicii se recrutează, de obicei, din rândul claselor superioare; puţini provin din rândul claselor de jos, întrucât pregătirea profesională este costisitoare, taxele şcolare sunt mai mari ca la alte facultăţi.

Programa studiilor medicale este dintre cele mai încărcate, studenţii fiind solicitaţi la limita maximă a capacităţii lor. Studenţii în medicină sunt oameni cu calităţi deosebite. Deşi cursurile sunt foarte încărcate, numărul celor rămaşi repetenţi este extrem de redus, comparativ cu alte facultăţi.

Rolul social al medicului

Acestui statut al medicului i se asociază un rol social pe care T.Parsons îl defineşte prin cinci elemente: competenţă tehnică, universalism, specificitate funcţională, neutralitate afectivă şi orientare spre colectivitate.

Competenţa tehnică. "Ca rol profesional, medicina a instituţionalizat un conţinut tehnic care se impune de departe asupra tuturor elementelor care determină statutul de medic. E de la sine înţeles că acest rol trebuie executat şi criteriile prin care decidem dacă este corect executat, privesc înainte de toate competenţa medicului" (Parsons, 1956). Competenţa tehnică se delimitează ca fiind prioritară din punct de vedere a eficienţei actului medical. Dobândirea ei se face prin asimilarea şi consolidarea cunoştinţelor din timpul facultăţii şi după terminarea ei. Ea este probată prin examene şi concursuri (unele foarte ritualizate) în urma cărora se dobândeşte ***"titlul",*** care-1 deosebeşte pe medic de alte categorii de "vindecători" şi reprezintă o garanţie pentru bolnavi în privinţa acordării asistenţei medicale.

Un atribut esenţial al competenţei profesionale a oricărui medic, dar în special al medicului generalist, 1-ar constitui acela de "a fi minim competent în maxim de domenii" (I.B.Iamandescu, 1997), respectiv a deţine un minimum de cunoştinţe în cât mai multe domenii ale medicinei. Acest lucru permite, spre exemplu, acordarea de câte orice medic a ajutorului de urgenţă, în cazuri

excepţionale. Iar în cazul generalistului, îi permite o triere judicioasă a cazurilor ce se pot păstra pentru sine spre rezolvare terapeutică şi a celor ce reclamă competenţa specialiştilor, trimitându-le la alte nivele ale asistenţei medicale.

Tot de competenta tehnică a medicului ar tine şi o serie de noţiuni non-medicale, dar cu implicaţii socio-administrative sau profesionale pentru pacient (drepturi materiale, pensionări, protecţie faţă de noxe, etc.).

Universalism. Raportul cu pacientul este reglementat de reguli (abstracte) formale, fondate pe o competenţă tehnică şi nu pe legături personale. Medicul nu poate refuza bolnavii după criterii arbitrare, el este medic pentru toată lumea, indiferent de poziţia socială, sexul, rasa, religia sau etnia bolnavului. Legat de universalism ca trăsătură de rol, I.B.Iamandescu (1997), menţionează trei situaţii ce se pot constitui ca excepţii de la această regulă (abat medicul de la obligaţia considerării bolnavului numai în funcţie de natura şi gravitatea bolii):

- medicina "de campanie"(de front) în cadrul căreia asistenţa medicală se acordă cu prioritate gradelor superioare;
- existenţa presiunilor sociale privind îngrijirea preferenţială a unor bolnavi cu poziţii socio-profesionale sau politice înalte;
- existenţa cabinetelor şi clinicilor particulare.

Specificitate funcţională. Medicul este specialist într-un domeniu bine precizat, limitat la sănătate şi boală, în virtutea acestui specific "tehnic" al rolului său, medicul acţionează asupra corpului şi sufletului bolnavului, cu mijloace specifice: tehnice, psihologice, psihiatrice, etc. Puterea sa asupra bolnavului trebuie să se exercite doar cu referire la boală, nu la alte probleme ale vieţii pacientului. Dreptul medicului asupra unei persoane nu trebuie să depăşească limitele domeniului medical. Acest lucru îl fereşte de riscul angrenării în capcana unor relaţii personale neprincipiale, de pericolul unor suspiciuni, asigurându-i libertatea necesară în exercitarea rolului şi a autorităţii profesionale.

Neutralitate afectivă. Raportul cu bolnavul trebuie să fie obiectiv şi non-emoţional. Medicul are acces la intimitatea corporală şi psihică a pacientului, care este vulnerabil datorită stării sale de boală şi tulburării produsă de ea. în cursul relaţiei cu medicul, pacientul se "confesează"; dezvăluindu-şi temerile, durerea, frica, neliniştea produsă de boală. Această relaţie poate implica un grad ridicat de confesiune, dar ea diferă de relaţiile intime pentru că nu este reciprocă. Medicul nu trebuie să se confeseze, nu trebuie să se apropie atât de mult de pacient încât să devină intimi. Acest lucru ar afecta exerciţiul corect al profesiei, fapt demonstrat şi de practica, frecventă între medici, de a-şi încredinţa rudele foarte apropiate (părinţi, copii) celorlalţi confraţi pentru tratament, consultare sau intervenţii chirurgicale.

Deşi medicul este asemuit frecvent cu ***un frate, prieten,*** sau ***chiar părinte,*** el nu se confundă cu aceştia, în raport cu acesta din urmă, medicul nu judecă şi nu condamnă pacientul pentru actele sale (dacă nu au legătură cu tratamentul prescris), nu-şi pedepseşte bolnavul, indiferent despre ce culpă e vorba, şi nu

admite să devină intim cu acesta. Neutralitatea medicului îi asigură obiectivitatea în raport cu pacientul El nu are voie să fie părtinitor faţă de bolnavul pe care îl îngrijeşte, întrucât acesta fie că îl iubeşte sau nu, aşteaptă de la medic să fie vindecat de boala sa (I.B.Iamandescu, 1997). "Ansamblul de semnificaţii pe care noi îl atribuim combinaţiei universalism-specificitate funcţională şi neutralitate afectivă, permit medicului să pătrundă suficient în treburile private sau în reţeaua de relaţii a pacienţilor săi, ca să se achite de sarcina sa" (Parsons, 1956).

Orientarea spre colectivitate. Medicul este preocupat de bunăstarea pacientului înainte de orice. Spre deosebire de alte profesiuni la care mobilul profitului este recunoscut, ideologia profesiunii medicale pune accent pe devotamentul faţă de colectivitate, considerând că în medicină profitul este cel mai puţin căutat. Făcând o paralelă între lumea afacerilor şi "profesiunile liberale" (între care şi medicina), Parsons arată că ambele au ca scop final reuşita, dar orientarea valorilor se face diferit: spre sine în afaceri, spre alţii în profesia medicală.

La aceste trăsături, D.Field aminteşte dimensiunea morală a rolului de medic, dimensiune manifestată în chiar legitimarea validităţii stării de bolnav a persoanei respective, "Medicul îndeplineşte şi un rol moral crucial, fără pecetea sa, Iară certificatul medical care atestă că persoana respectivă este realmente bolnavă, persoana respectivă ar putea fi considerată suspectă din punct de vedere moral, ca ipohondră, sau bolnav închipuit" (David Field, 1976). Medicul este, din acest punct de vedere, un promotor al moralităţii.

Corelativ rolului de medic, în literatura de specialitate au fost conturate şi trăsăturile rolului social de bolnav.

Rolul social al bolnavului

Spre deosebire de medic, aflat în general în situaţia unui om sănătos, bolnavul este confruntat cu o nouă situaţie existenţială determinată de afectarea capacităţilor sale fizice, psihice şi sociale. Această situaţie nouă, de bolnav, s-ar caracteriza prin cinci trăsături principale (I.B.Iamandescu, 1997):

1. Situaţia marginală a bolnavului (între lumea sănătăţii şi cea a bolii, negând când una, când alta) care-1 face instabil, dominat de stări conflictuale;
2. Starea de primejdie care planează asupra bolnavului şi care îl determină să apeleze la tehnici protectoare spre a face faţă pericolului situaţiei, fapt ce se traduce uneori prin euforie şi, mai des, prin sugestibilitate crescută;
3. Restrângerea orizontului (de preocupări, de ambianţă);
4. Egocentrism;
5. Perspectiva temporală îndelungată a bolii duce la sporirea anxietăţii şi potenţează acţiunea factorilor 3 şi 4.

în această situaţie bolnavul apelează la instituţia medicală în virtutea unui rol social dobândit, rolul de bolnav (cu caracter temporar sau permanent), rol definit de Parsons prin patru trăsături:

1. Degrevarea de sarcini şi responsabilităţi normale, în funcţie de natura şi gravitatea bolii. Când este bolnav individul nu poate nici munci, nici nu se poate ocupa de familia sa. Dacă nu se vindecă, această scutire de sarcini şi responsabilităţi devine o acceptare definitivă, un drept.
2. Bolnavul nu se poate însănătoşi singur, printr-un act de decizie propriu, de aceea el nu este făcut responsabil de incapacitatea sa. Ca atare el va primi sprijin din partea acelor membrii ai societăţii care instituţionalizează ajutorul acordat bolnavilor. Realizarea rolului poate oscila, în acest sens, între tendinţa de a exagera utilizarea acestui ajutor şi tendinţa de a-î refuza din diverse motive: exces de zel profesional, altruism familial, teamă, etc.

Cele două trăsături constituie privilegii pentru bolnavi, însă ele sunt condiţionate de respectarea unor obligaţii precizate de celelalte două trăsături.

3. Boala trebuie considerată ca indezirabilă şi bolnavul trebuie să dorească "să se facă bine". Aceasta este o legitimare condiţională a rolului de bolnav.
4. Obligaţia bolnavului de a căuta ajutor competent şi de a coopera cu cei care răspund de îngrijirile de sănătate. Numai prin respectarea acestor obligaţii, consideră Parsons, caracterul de devianţă a bolii este anulat, iar starea bolnavului este una legitimă.

Se poate adăuga că degrevarea de obligaţii nu este generalizată. Legitimarea condiţională nu se aplică decât pentru bolile grave şi nu se aplică pentru anumite malformaţii congenitale de exemplu, sau pentru anumite boli cronice. Obligaţia de a căuta un ajutor competent nu este aplicabilă bolilor uşoare.

Parsons afirmă că ***tipul*** de rol al bolnavului depinde de mai mulţi factori:

- felul bolii (somatici, psihici);
- gravitatea bolii;
- cronicizarea bolii;
- genul de tratament: ambulator, staţionar, spitalicesc.

în aceeaşi idee, Beckmann (1979) distinge, la un pol, pacienţi care adoptă rolul de ***"bolnavi timizf*** bolnavi ce se consideră lipsiţi de ajutor, doresc intens contactul cu medicul şi aşteaptă de la el ocrotire şi înţelegere pentru orice problemă personală sau socio-emoţională. La celălalt pol se află pacienţii ce adoptă rolul de ***"supmsănătoş?*** bolnavi reali (cu tulburări grave psihice sau cu boli de tip neoplazic) care ştiu acest lucru dar refuză să creadă şi consultă rar medicul, ştiind că nu se pot însănătoşi. (Apud I.Răşcanu, 1997).

Există, evident, pacienţi care nu se încadrează într-un ***"tip ideaf*** al rolului de bolnav, persoane care din punct de vedere comportamental şi atitudinal nu se înscriu în media de conduită a populaţiei şi care creează dificultăţi în relaţia medic-pacient.

Cele două roluri sociale, rolul medicului şi rolul bolnavului, pot fi redate conform tabelului 2.

Rolul social al bolnavului legitimează, deci, starea sa vulnerabilă şi incapacitatea sa, obligându-1 în acelaşi timp să caute vindecarea. Se poate întâmpla ca pacientul să încerce să tragă foloase de pe urma stării sale şi să considere boala ca pe un mijloc de a scăpa de responsabilităţi pe care nu poate sau nu vrea să şi le asume. Medicul trebuie să păstreze în acest sens un echilibru între a ajuta bolnavul şi a-1 refuza. A-l ajuta în relaţia terapeutică pentru a-şi depăşi starea de dependenţă cauzată de boală şi a-i refuza tentativa de "manipulare prin recompense" vizând cereri ce nu decurg din starea de boală.

Relaţia medic-pacient ca relaţie de roluri

Relaţia dintre medic şi pacient poate fi interpretată (şi a fost definită ca atare de Parsons) ca o relaţie între roluri. Este o relaţie asimetrică şi consensuală, în acelaşi timp. Este o relaţie asimetrică întrucât medicul are o poziţie de superioritate: el poate găsi soluţia la problemele bolnavului. El este elementul activ, bolnavul este elementul pasiv. Este o relaţie consensuală întrucât bolnavul recunoaşte puterea medicului şi pentru că relaţia terapeutică se bazează pe reciprocitate. Relaţia medic-pacient poate fi văzută ca un cuplu de roluri complementare. Obligaţiile (aşteptările) ce caracterizează rolul de medic, garantează bolnavului că starea sa nu va fi exploatată. Profesia medicală a elaborat ea însăşi un cod deontologic şi exercită un control sever asupra celor care pot devia de la normele stabilite. Deşi, "câteva reguli profesionale (secret profesional, liberă alegere, libertatea prescripţiei, plata directă a actelor) nu garantează întotdeauna apărarea bolnavului şi par a fi, câteodată, justificarea ideologică a unor situaţii de influenţă sau de privilegii economice" (F.Steudler, 1972). Aceasta însă, reflectă mai mult situaţia politică, economică şi socială a medicinei, decât obiectivitatea terapeutică.

în această relaţie de roluri, medicul poate adopta faţă de bolnav mai multe atitudini:

1. Tutore autoritar: nu dă nici o explicaţie, aşteptând de la bolnav o ascultare fidelă;
2. Mentor: îşi oferă cunoştinţele de expert, gata să-1 înveţe pe pacient să se adapteze la condiţiile modificate ale stării sale de sănătate;
3. Savant detaşat: descrie obiectiv avantajele şi inconvenientele diferitelor posibilităţi terapeutice, lăsând pacientului libertatea de alegere, dar şi impunându-i responsabilitatea acestei alegeri;
4. Părinte bun şi protector: caută să ferească copilul său (pacientul) de orice noutate dureroasă, sau orice responsabilitate chinuitoare;
5. Avocat al "adevărului înainte de toate": care gândeşte că nimic nu este mai rău decât îndoiala şi care poate spune chiar şi ceea ce nu este necesar bolnavului (A. Athanasiu, 1983).

Tabel 2. Rolul medicului şi al pacientului după T.Parsons.

PACIENT: ROLUL BOLNAVULUI	DOCTOR: ROL PROFESIONAL
Obligaţii şi privilegii	Se aşteaptă de la el
Trebuie să vrea să se facă bine cât mai repede posibil	Să aplice la un înalt nivel profesional îndemânarea şi cunoştinţele sale pentru soluţionarea bolii
Are obligaţia să solicite consilierea medicală şi trebuie să coopereze cu medicul	Să acţioneze pentru bunăstarea pacientului şi a comunităţii mai mult decât pentru propriul său interes
îi este permis (şi se chiar aşteaptă de la el) să nu îndeplinească anumite activităţi şi responsabilităţi (să meargă la serviciu sau să îndeplinească unele activităţi casnice)	Să fie obiectiv şi detaşat emoţional (să nu judece comportamentul pacienţilor prin sistemul propriu de valori sau să se implice emoţional)
Considerat ca având nevoie de îngrijire şi nefiind în stare se facă bine exclusiv prin decizii şi voinţă proprii	Să se orienteze după regulile (normele) practicii medicale profesionale
Drepturi (statut)	
	Dreptul garantat de a examina pacienţii fizic şi să pătrundă în zonele interioare ale vieţii intime şi personale a pacientului.
	I se garantează o considerabilă autonomie în practica profesională.
	Are dreptul să ocupe o poziţie de autoritate în relaţia cu pacientul.

Sursa: D.Patrick, G.Scambler. Sociology as Applied to Medicine. Bailliere Tindall, London, 1986,p.57.

Natura relaţiei dintre medic şi pacient are o influenţă deosebită atât în actul terapeutic cât şi în stabilirea diagnosticului. Studiile făcute în legătură cu efectul placebo estimează că mai bine de o treime din succesul (eficacitatea) unui medicament sau proceduri se datorează acestui efect. Dacă această eficacitate este atribuită abilităţii medicului de a inspira încredere sau de a risipi angoasele, atunci ea se datorează în primul rând relaţiei sociale dintre medic şi pacient. Aceeaşi importanţă are această relaţie în diagnosticarea bolii. Deseori pacienţii nu reuşesc să-şi descrie simptomele, să-şi învingă teama sau jena şi să-şi dezvăluie anxietăţile, în bună parte datorită unei atitudini abrupte sau lipsei de receptivitate a medicului la semnalele pacientului. Alteori pacienţii pot simula o suferinţă mai mare decât o au în realitate, fie pentru a atrage mai mult atenţia medicului asupra lor, fie pentru a obţine un beneficiu (concediu medical, motivare pentru absenţe şcolare, etc.). în alte cazuri pacientul ascunde suferinţa, pentru a determina, spre exemplu, o externare mai grabnică.

Şi medicul poate simula, afişând o mină veselă şi încrezătoare, pentru a insufla curaj bolnavului sau pentru a-şi ascunde propria emoţie înaintea unei

intervenţii dificile şi riscante. Literatura psihodinamică subliniază că pentru medic e important să descopere, dincolo de ceea ce spun pacienţii, ceea ce, într-adevăr, ei ar vrea să spună. Stabilirea unei relaţii adecvate, poate ajuta atât pacientului să abordeze şi să descrie propria sa stare, cât şi medicului în a stabili diagnosticul şi tratamentul.

Tipuri de relaţii medic-pacient

Două puncte de vedere s-au impus cu pregnanţă în analiza relaţiei medic-pacient, ca relaţie socială. Unul, dezvoltat de T.Parsons, care defineşte această relaţie ca pe una de înţelegere reciprocă între cei doi actori sociali, celălalt, dezvoltat de E.Freidson (1970), care defineşte această relaţie ca fiind potenţial conflictuală, insistând asupra mijloacelor folosite de medic şi pacient pentru a-şi atinge scopul. Cele două abordări accentuează diferite aspecte ale relaţiei medic-pacient, contribuind la înţelegerea naturii sociale a întâlnirii dintre cele două roluri.

Relaţia medic-pacient ca relaţie de complementaritate

Potrivit părerii lui Parsons, atât medicul cât şi pacientul îşi joacă propriul rol social, reprezentând fiecare modele, "tipuri ideale" de comportament social. Cele două roluri sunt complementare: pacientul trebuie să caute îngrijire şi să coopereze cu medicul, iar medicul trebuie să-şi aplice cunoştinţele în beneficiul pacientului. Drepturile şi obligaţiile sociale prescrise au menirea de a reduce conflictul potenţial din cadrul acestei relaţii, deşi nu-1 poate elimina în totalitate. Cercetările ulterioare din domeniul sociologiei medicale au criticat limitele modelului elaborat de Parsons, model cu caracter normativ, bazat pe reciprocitatea aşteptărilor de rol şi a normelor proprii celor două roluri sociale (vezi P.Adam şi C.Herzlich, 1994).

Una din limitele subliniate de critică se referă la caracterul monolitic al modelului: el nu defineşte decât un singur tip de relaţie medic-pacient, anume cea caracteristică bolilor acute. Ori, în societatea contemporană, aceste boli cedează locul bolilor cronice, al căror studiu demonstrează că numeroşi bolnavi îşi menţin inserţia în colectivitate şi îşi păstrează responsabilităţile lor sociale. Ei nu răspund aşadar "aşteptărilor de rol" definite de Parsons.

Pe de altă parte, bolnavii cronici nu pot, actualmente, spera la vindecare. Din acest punct de vedere însăşi obiectul relaţiei medic-pacient a suferit modificări, în plus, şi medicii şi pacienţii, pot încerca o anumită nesiguranţă, incertitudine în exercitarea rolurilor. Pacienţii, în privinţa deciziei de a consulta sau nu un medic, de a-şi da seama de gravitatea îmbolnăvirii, dacă medicul îi va înţelege, dacă li se va spune adevărul cu privire la boală, iar medicii, în ceea ce priveşte stabilirea diagnosticului şi deciziile privind tratamentul.

Esenţa dialogului constă în înlăturarea incertitudinii pacientului şi medicului cu privire la natura bolii. Incertitudinile sunt de două tipuri (D.Field, 1976): **clinice** , când există incertitudine clară privind diagnosticul şi prognoza sa şi **funcţionale,** când medicul ştie care este diagnosticul şi prognosticul, dar

menţine familia şi pacientul în stare de incertitudine pentru a nu fi obligat să dezvăluie lucruri neplăcute bolnavului.

în privinţa diagnosticului regula generală este că "dacă ai dubii, prezumă existenta bolii" (D.Field, 1976), pornindu-se de la ideea că e mai bine să cauţi să descoperi o boală decât să rişti a o trece cu vederea. Această regulă poate avea, însă, consecinţe neplăcute asupra pacienţilor (investigaţii dureroase, tratamente nefolositoare pe de-o parte, pe de alta, pot crea "prea multe şi inutile roluri de bolnavi" (D.Field, 1976).

Doi autori americani, psihiatrii T.Szasz şi M.H.Hollender (1956), vor reevalua câteva aspecte ale modelului lui Parsons, în principal ideea reciprocităţii relaţiei, considerând că nu există un singur model de relaţii terapeutice. Ei au identificat trei tipuri de relaţii medic-pacient, legate direct de simptomele organice aie pacientului, pe care le-au catalogat astfel:

1. Activitate-pasivitate: medicul este activ, bolnavul este obiect pasiv. Este cazul rănilor grave, comă, anestezie, etc.
2. Conducere-cooperare: circumstanţele sunt mai puţin grave (boli acute, infecţii). Bolnavul este capabil să urmeze un sfat şi să-şi exercite propria judecată (se regăseşte într-un fel, în această relaţie, relaţia părinte-copil).
3. Participare reciprocă, (cooperare mutuală): este vorba mai cu seamă de boli cronice, bolnavul nu-1 întâlneşte decât ocazional pe medic (diabet, psoriazis). Medicul ajută bolnavul să se ajute pe sine. Cele trei modele sunt redate de tabelul 3.

Tabelul 3. Tipuri de relaţii medic-pacient, după Szasz şi Hollender.

Model	Rol medic	Rol pacient	Aplicaţie clinică	Prototip
Activitate-pasivitate	Face ceva pacientului	Receptor pasiv (nu este în stare să răspundă)	Anestezie, comă, răni grave	Părinte-copil mic
Coordonare-cooperare	li spune pacientului ce să facă	Cooperant (se supune)	Boli acute, infecţii, etc.	Părinte-adolescent
Participare reciprocă (cooperare mutuală)	Ajută pacientul să se ajute el însuşi	Participant (în relaţie de parteneriat)	Boli cronice, psihanaliză	Adult-adult

Sursa: D.Patrick, G.Scambler. Sociology as Applied to Medicine. Bailliere-Tindall, London, 1986, p.59.

Cele trei tipuri de relaţii sunt inspirate din tipologia liderului făcută de Kurt Lewin: autoritar, democrat şi "laissez-fake" (permisiv). Cea mai comună este, probabil, relaţia de conducere-cooperare, mai ales în practica generală a consultaţiilor. Dar în prezent, relaţia de co-participare devine preponderentă, întrucât aceasta este privită ca esenţială în asistenţa bolilor cronice şi ponderea acestora creşte. La aceste boli tratamentul este dus la capăt de pacient, cu o

instruire doar ocazională din partea medicului. De exemplu, în diabetul zaharat, pacientul se bazează doar episodic pe experienţa medicului, însă trebuie să-şi facă propriul tratament privitor la alimentaţie, controlul glicemiei şi, în funcţie de acestea, să-şi schimbe doza de insulina. Cei doi autori cred că în practică tipul de relaţie depinde atât de condiţia pacientului, cât şi de terapia pe care medicul o consideră propice. Ea poate să se schimbe în funcţie de stadiile diferite ale tratamentului. Natura relaţiei este deseori subiect de "negociere" între medic şi pacient. Cooperarea nu este legată în mod necesar de gravitatea unei boli. Atitudinea "autoritară" depinde şi ea de mai mulţi factori: cadrul instituţional, tipul de specialitate al medicului, barierele sociale dintre medic şi pacient, etc. De exemplu, în spital bolnavul este mai mult un obiect decât un participant. Freidson (1970) arată că în pediatrie şi chirurgie se recurge la relaţii de tip activitate-pasivitate, medicina internă şi medicina generală foloseşte modelul coordonare-cooperare, iar în psihoterapie, în tratamentul bolilor cronice şi în cel de readaptare funcţională se practică modelul de co-participare. Schema lui Szâsz şi Hollender omite un al patrulea tip de relaţii posibile, în care pacientul conduce şi medicul cooperează. Acest tip poate interveni atunci când medicul răspunde pozitiv cererilor pacientului, de exemplu, când îi scrie o reţetă sau o trimitere, etc.

Alt tip de critică se referă la postulatul asimetrici de roluri din cadrul relaţiei medic-pacient. Aceasta, deşi se păstrează, trebuie nuanţată sub mai multe aspecte.

Este vorba, în primul rând, de nerespectarea de către un mare număr de bolnavi a indicaţiilor şi prescripţiilor date de medicii lor. Studii empirice desfăşurate în Anglia în anii '70, demonstrează că procentajul pacienţilor ce nu respectă prescripţiile medicului variază, de la caz la caz, între 35% şi 57%.

Atitudinea critică şi necooperantă faţă de medic a crescut simţitor în ultimele decenii, paralel cu creşterea cunoştinţelor şi competentei pacienţilor în probleme de sănătate şi boală. Acestea repun în discuţie rolul "pasiv" al pacientului în raport cu medicul.

Cercetări efectuate în S.U.A. în anii '50 şi '60 privind influenta clasei sociale asupra adoptării "rolului de bolnav", scot în evidenţă aspecte noi ale celor două roluri. Ele au demonstrat că, pentru această perioadă, membrii claselor inferioare, în special muncitorii manuali, manifestă cea mai puternică rezistenţă în acceptarea rolului de bolnav. Din contră, acceptarea şi conformarea la noul rol, reprezintă un comportament tipic al membrilor clasei mijlocii şi superioare. Daniel Rosenblatt şi Eduard Suchman (1970) pun această repulsie a muncitorilor manuali faţă de adoptarea rolului de bolnav pe seama "marii lor distanţe" faţă de valorile ştiinţifice ale medicinei moderne.

In aceeaşi idee, August Hollingshead şi Frederick Redlich, un sociolog şi un psihiatru, într-un studiu din 1958 privind stratificarea socială şi boala mintală, arătau că pacienţii din clasele superioare consultă frecvent un psihiatru din proprie iniţiativă sau trimişi de cei apropiaţi lor. Cei din clasele inferioare sunt de regulă trimişi la psihiatru de un alt medic, de un lucrător social sau de poliţie.

De asemenea, în funcţie de originea socială sau etnică, pacienţii primeau un tratament diferenţiat: cei din clasele superioare erau trimişi, de regulă, la psihoterapie, pe când cei din clasele inferioare primeau un tratament organic, (care consta la acea dată în administrarea de şocuri electrice sau în declanşarea comei insulinice). Şi efectele erau diferenţiate: starea primilor se ameliora mai mult şi mai rapid fată de starea celor din a doua categorie. Originea socială şi contextul cultural joacă, aşadar, un rol foarte important în desfăşurarea acestei relaţii: rezultatul va fi cu atât mai bun cu cât medicul şi bolnavul vor fi mai apropiaţi din acest punct de vedere.

Pornind de la un studiu din 1986 al sociologului american Terry Mizrahi (Getting rid of patients: contradictions in the Socialisation of Psysicians, NJ.Brunswick, Rutgers University Press), P.Adam şi C.Herlizch (1994) subliniază şi caracterul problematic ai "universalismului medical" aşa cum a fost definit el de Parsons.

Studiul, având ca obiect formarea profesională a tinerilor medici, arată că orientarea spre valorile universale, ca de exemplu "binele pacientului", nu este singura care le ghidează conduita. Confruntaţi cu situaţii dificile datorate lipsei de paturi sau de personal din spitalele în care lucrează, ei dobândesc o "socializare anticipativă a unei reiaţii negative medic-pacient". Copleşiţi de muncă vor clasifica bolnavii în două categorii: bolnavi ideali, care sunt cultivaţi, decenţi, cooperativi şi, cel mai des, proveniţi din rândul clasei mijlocii şi superioare, şi bolnavi dispreţuiţi, care se prezintă invers decât precedenţii şi aparţin cel mai adesea claselor inferioare sau grupurilor etnice minoritare din SUA. Medicii îi suspectează frecvent, pe aceştia din urmă, că vor să abuzeze de îngrijiri medicale şi manifestă faţă de ei un ansamblu de atitudini vizând "debarasarea de bolnavi".

Relaţia dintre medic-pacient ca relaţie potenţial conflictuală

Faţă de tipul de relaţii analizate mai sus, bazate pe înţelegere şi pe aşteptări reciproce, unii cercetători au atras atenţia asupra conflictului potenţial existent în relaţia medic-pacient. Acest conflict îşi are sursa în interesele şi perspectivele diferite pe care le au pacientul şi medicul (E.Freidson, 1970). Pentru Freidson, medicina nu se defineşte prin universalismul său şi grija sa unică pentru "binele bolnavului". Ea reprezintă, ca profesie, una din numeroasele grupe de interes existente în societate. Interesul personal al medicului se poate opune altruismului vehiculat prin retorica sa profesională. Mai mult, codurile etice şi legile care reglementează exerciţiul medical, departe de a fi doar instituţii pentru protejarea bolnavilor, sunt în egală măsură mecanisme care protejează pe medici de ingerinţa publicului şi de concurenţa altor profesionişti. Freidson afirmă că legăturile sociale şi experienţa diferită a medicului şi pacientului se află mereu în conflict una cu cealaltă. El crede că relaţia medic-pacient poate fi văzută în termenii unei "ciocniri de perspective". Medicul percepe bolnavul şi nevoile sale conform categoriilor cunoaşterii sale specializate. Fidel autonomiei sale profesionale,

medicul înţelege să definească el însuşi conţinutul şi formele serviciului pe care îl acordă bolnavului.

Bolnavul percepe boala sa în funcţie de exigenţele vieţii sale cotidiene şi în acord cu contextul său cultural. Există o diferenţă între perspectiva "culturii profesionale" a medicului şi cea oferită de "cultura profană" a pacientului. Nu există, ***a priori,*** acord între cei doi şi chiar dacă în faţa medicului, bolnavul are puţine şanse în a face să prevaleze punctul său de vedere, el nu este, în cele mai multe cazuri, un element docil.

"Ciocnirea perspectivelor" e condiţionată şi de alţi factori: tipul de activitate medicală (chirurgie, pediatrie, neurologie, etc), tipul de pacient, felul maladiei, etc. După Freidson (1970), tipul de relaţie "activitate-pasivitate", de exemplu, are mai multe şanse să se impună dacă statutul social al bolnavului este mai jos şi dacă boala de care suferă face parte din categoria bolilor "stigmatizante", ca alcoolismul sau bolile mintale.

Există situaţii conjuncturale în care medicul trebuie să stabilească reiaţii cu pacienţii care nu solicită din proprie iniţiativă consult medical. Solicitarea este făcută de persoane din anturaj care pot fi agresate de către unul din bolnavii aparţinând celor patru categorii enumerate de Baron şi colab. (1991):

- alcoolicul violent în stare de intoxicaţie acută;
- psihoticul, capabil de acte suicidare sau de acte agresive faţă de cei din jur;
- toxicomanul în lipsă de drog, solicitând violent doza;
- pacienţii antrenaţi într-un conflict violent, (de exemplu, conjugal) ajunşi într-o stare de violenţă extremă.

în opinia autorilor, medicul are de rezolvat trei tipuri de probleme în astfel de situaţii:

- tulburările de comportament ale pacientului (vizând scăderea agresivităţii şi stoparea actelor violente);
- suferinţa pacientului (sursa agitaţiei sale);
- perturbarea ordinii publice şi/sau familiale.

De regulă, medicul solicitat într-o astfel de situaţie colaborează cu anturajul sau cu poliţia sau chiar cu pompierii, în unele ţări, (apud. I.B.Iamandescu, 1997).

O sursă importantă de conflict stă în interesele şi priorităţile diferite ale medicului şi pacientului. Pacientul este preocupat doar de afecţiunea lui şi de tratamentul propriu. Medicul trebuie să "balanseze" cunoaşterea sa asupra unui număr mare de pacienţi. El trebuie să decidă, de exemplu, între solicitarea individuală a unui pacient de a avea o consultaţie mai lungă, pentru a discuta problemele sale mai profund, şi cerinţele solicitărilor pacienţilor din sala de aşteptare, fiecare cu propriile lor dorinţe. Va trebui să decidă, în alte situaţii, între prelungirea spitalizării cu câteva zile a unui pacient şi cererea de spitalizare a celor înscrişi pe lista de aşteptare, în acelaşi fel, medicul ar putea dori să efectueze un număr suplimentar de teste şi investigaţii pentru a urmări efectul terapeutic,

fapt ce ar putea cauza pacientului disconfort şi nemulţumire. Medicii ar putea înregistra conflicte şi între dorinţa lor de a ajuta pacienţii ca indivizi şi obligaţiile lor ca salariaţi ai statului sau ca cetăţeni (a elibera un certificat care l~ar îndreptăţi pe pacient la un beneficiu financiar sau de altă factură). O altă sursă de conflict în relaţia medic-pacient, rezidă în diferenţele dintre ei cu privire la evaluarea gravităţii bolii. Aceste diferente rezultă atât din inegalitatea lor privind cunoştinţele medicale cât şi din experienţa personală diferită a bolii. M.Morgan citează în acest sens rezultatele unui studiu în care medicii generalişti şi pacienţii lor au fost rugaţi să evalueze gravitatea stărilor de boală constatate în consultaţie, atât în sens medical cât şi social (M.Morgan, 1986). Judecând după evaluarea medicilor, unii pacienţi au subestimat gravitatea medicală a bolii, iar alţii au supraestimat-o. Pe de altă parte, medicii, în multe cazuri, nu au apreciat efectul stării de boală asupra vieţii de zi cu zi a pacienţilor. Astfel, 67% din stările de boală au fost evaluate de pacienţi ca grave din punct de vedere al vieţii lor sociale, în comparaţie cu doar 53%, care au fost evaluate de medici ca grave.

O altă sursă de conflict se naşte din aşteptările contradictorii ale medicilor cu privire la comportamentul bolnavilor. Medicii se plâng de obicei de pacienţii pe care-i consultă, calificându-i "neştiutori" şi caracterizează pacientul ideal ca fiind unul capabil să-şi evalueze starea de sănătate cu suficient discernământ pentru a putea şti ce probleme trebuie supuse atenţiei medicului, într-adevăr, o mare parte din educaţia medicală este îndreptată în direcţia îmbogăţirii cunoştinţelor populaţiei cu privire la starea de sănătate, pentru a permite persoanei sa poată aprecia relativ corect starea sa. Dar această "reţetă" a pacientului ideal contrastează cu dorinţa ca pacientul să accepte *fără* echivoc diagnosticul medicului şi tratamentul prescris de el. Pacientul văzut în această dublă ipostază este o persoană potenţial conflictuală în relaţia medic-pacient.

Conflictele din cadrul relaţiei medic-pacient sunt "potenţiale" şi rareori îmbracă o formă deschisă. Dar, atât medicii cât şi pacienţii, pot folosi strategii de influenţare a evoluţiei acestei relaţii, în sensul atingerii scopului propus de fiecare din ei.

Strategii de control în relaţia medic-pacient

Aceste strategii, după opinia lui M.Morgan (1986), pot fi grupate în patru categorii: » persuasiunea;

- negocierea;
- incertitudinea funcţională;
- comportamentul non-verbal.

Persuasiunea

Pacienţii încearcă să convingă medicul că un anumit tip de tratament este mai potrivit, prezentând informaţia despre el într-o formă care, cred ei, îl poate determina pe medic să accepte soluţia propusă de ei. De exemplu, un studiu

asupra părinţilor şi a specialiştilor ORL arată că părinţii menţionează diagnosticul şi părerea medicului generalist conform căruia ar fi necesară tonsilectomia, în loc să spună că, după părerea lor, amigdalele copilului ar trebui scoase. Ideea de la care se pornea era că specialistul va fi mai impresionat de părerea generalistului decât de priceperea pacientului.

Medicul, la rândul său, "decât să accepte o procedură cerută sau sugerată de către pacient, mai bine încearcă să convingă pacientul că procedeul său este cel mai bun, prin copleşirea lui cu dovezi sub formă de analize de laborator sau cu exemple din activitatea lui anterioară în tratarea unor pacienţi cu boli similare, pentru a-şi susţine decizia adoptată de el. Aceasta poate fi însoţită de un avertisment în legătură cu ceea ce s-ar putea întâmpla dacă neglijează sfatul lui" (Morgan M., 1986).

Negocierea ca strategie de control

Negocierea se referă la procesul prin care medicii şi pacienţii ajung la un compromis. M.Morgan citează un studiu al lui I.Roth în care acesta descrie compromisul dintre pacienţii cu tuberculoză şi medicii lor în privinţa duratei programului de tratament. El atribuia succesul pacienţilor, în ceea ce priveşte scurtarea "orarului" medical, în special nesiguranţei medicilor în ceea ce priveşte evoluţia bolii.

Incertitudinea funcţională

Această strategie intervine atunci când medicul, fiind sigur de evoluţia unei boli sau de rezultatul unei terapii, poate prelungi în mod deliberat incertitudinea pacientului, aceasta servindu-i, între altele, unor scopuri manageriale. Prin aceasta el poate economisi timp, poate evita scenele emoţionale dintre pacienţi şi familiile lor şi îşi poate menţine autoritatea asupra pacientului, întrucât, pacientul nesigur, lasă mai uşor decizia pe seama medicului decât cel sigur de starea sa.

Comportamentul non- verbal

Acesta poate fi un instrument foarte eficient şi util în influenţarea partenerului. Putem, printr-o înclinare a capului să exprimăm aprobarea, putem exprima un refuz politicos prin clătinarea capului, un zâmbet sau un semn încurajator poate indica continuarea discuţiei sau a relaţiei respective. S-a calculat că în actul comunicării interumane, doar 8% din importanţa unui mesaj este vehiculată prin cuvinte,12% prin felul în care sunt pronunţate acestea, iar prin gesturi se transmite 80% din informaţia totală a unei comunicări (A.Chelcea, S.Chelcea, 1978).

Reacţiile non-verbale în relaţia medic-pacient, joacă un rol important în influenţarea calităţii informaţiei comunicate. De exemplu, răsfoirea continuă a notiţelor, răsucirea pixului, încercarea de a nu privi în ochii pacientului, pot fi interpretate ca un semn de dezinteres şi poate avea drept consecinţă insuficienta dezvăluire a problemelor de către pacient. Poziţia fizică a medicului faţă de pacient în cabinetul de consultaţie poate influenţa natura relaţiei medicale. Acest

fapt a fost exemplificat printr-un experiment condus de un cardiolog experiment, în care el a scos, alternativ, biroul din cabinetul său de consultaţie. S-a constatat că atunci când biroul era scos, 50% din pacienţi stăteau în scaun într-o poziţie relaxată, în timp ce, atunci când medicul stătea în spatele biroului, doar 10% aveau o poziţie relaxată (M.Morgan, 1986).

Tehnicile non-verbale pot fi folosite nu numai pentru a controla consultaţia ci şi pentru a indica sfârşitul consultaţiei (de exemplu, când medicul se ridică în picioare, sau când scrie o reţetă, sau când ne conduce la uşă). Medicii ocupă poziţia dominantă în cadrul acestei relaţii, datorită statutului lor profesional, cunoştinţelor de specialitate şi marii lor experienţe în conducerea întâlnirilor medicale. Medicul este cel care, în general, controlează dialogul şi creează indicaţiile ieşirii şi intrării pacientului. Posibilitatea pacientului de a influenţa conversaţia depinde de nivelul cunoştinţelor medicale pe care ie posedă, de gradul de disconfort cauzat de boală şi capacitatea lor de a-şi exprima trăirile. Un alt factor este bunăvoinţa medicului în a lăsa pacientului controlul, recunoscându-i un anumit rol în procesul medical.

Byrne şi Long (1976) au identificat pe baza analizei a circa 2500 de consultaţii înregistrate, două tipuri de consultaţii model, care se deosebesc prin oportunitatea acordată participării pacienţilor, (vezi M.Morgan, 1986). Un tip, **"centrat pe medic",** a fost evidenţiat în trei pătrimi din consultaţii. El se caracterizează printr-o abordare directă, utilizarea unui interviu strâns controlat care ţintea ia stabilirea diagnosticului într-un timp cât mai scurt. Pacientului i se refuza posibilitatea discutării simptomelor, problemelor şi angoaselor lui. Alt tip, **"centrat pe pacient",** în care medicul acorda mai mult timp pacientului, ascultându-i problemele, clarificând şi interpretând simptomele şi afirmaţiile lui. Deşi medicii tind să dezvolte un asemenea tip de consultaţie, modelul "centrat pe medic", se impune sub presiunea timpului.

Relaţia dintre medic şi pacient este influenţată şi de natura sistemului medical, respectiv de contextul organizaţional în care se desfăşoară interacţiunea dintre cei doi. într-un sistem cu plată, medicii ar putea să acorde mai mult timp pacienţilor decât atunci când sunt salariaţi ai statului, în acest sens EFreidson (1970), arată diferenţele ce există între situaţia medicului generalist din oraş, care depinde direct de o clientelă locală care poate să i se adreseze lui sau nu, şi medicul de spital care primeşte bolnavi trimişi de alţi medici, în primul caz, medicul e "dependent de clienţi" şi va fi mai sensibil ia exigentele lor şi mai puţin îndepărtat de "cultura profană" a acestora. Medicul de spital e, din contră, "dependent de colegi" şi de controlul acestora. Medicii de spital ca şi medicii cadre universitare pot rezista într-o mai mare măsură pretenţiilor decât medicii generalişti, a căror venituri depind de atragerea şi loialitatea pacienţilor.

Schimbări în relaţia medic-pacient

Schimbările înregistrate în contemporaneitate pe plan social, indică o sporire a participării pacientului la actul medical. Una din aceste schimbări se

referă la faptul că pacienţii devin mai cunoscători în probleme de sănătate. Acest lucru reflectă, pe de o parte, importanţa mai mare acordată de mass-media bolii şi sănătăţii. A sporit numărul emisiunilor de televiziune pe probleme de sănătate, planning familial, avorturi, epidemia SIDA, etc. Aceste probleme cunosc o tratare mai amplă şi în marile cotidiane la care colaborează specialişti în probleme de sănătate. Pe de altă parte, reflectă o responsabilitate crescută a indivizilor în legătură cu propria lor sănătate. Această creştere a cunoaşterii este asociată cu tendinţa pacienţilor de a solicita explicaţii medicului în privinţa tratamentului şi cu insistenţa lor asupra momentului de "negociere" cu medicul lor. Un studiu efectuat în 1981, a arătat că pacienţii acordă o mai mare importanţă discuţiei şi tot mai des îşi exprimă dorinţa de a căpăta sfaturi şi asigurări, în comparaţie cu un studiu similar făcut în 1944, (vezi M.Morgan., 1986).

Ilustrativă este, în acest sens, şi ancheta efectuată în Franţa în rândul medicilor pensionari referitoare la impresiile lor cu privire la atitudinile şi conduita pacienţilor pe care i-au avut, la începutul carierei şi respectiv la sfârşitul carierei lor (C.Herzlich, M.Bungerner, G.Paicheler şi colab., Cinquante ans d'exercice de la medecine en France. Carrieres et pratiques des medecins fransais. 1930-1980. INSERM/Doin, 1993).

Doar 2% dintre cei chestionaţi au considerat că, la începutul carierei lor, pacienţii erau bine informaţi, în vreme ce 93% dintre ei considerau că la sfârşitul carierei lor pacienţii erau bine informaţi în probleme de sănătate.

Paralel cu ameliorarea competentei pacienţilor, medici mai notează o creştere a exigenţei lor care trece de la 8%, la începutul carierei, la 80,3% la sfârşitul ei, şi o diminuare a "docilităţii", care scade de la 59% la 10%. Ponderea medicilor care apreciază drept cooperativ comportamentul pacienţilor scade şi ea de la 39,9%, la începutul carierei, la 23,7% la sfârşitul ei.

O altă sursă a schimbării este furnizată de percepţia medicilor asupra rolului lor şi relaţiei lor cu pacienţii. Aceasta poate fi văzută în promptitudinea medicilor de a descoperi o boală terminală şi tendinţa pacienţilor, mai ales în SUA, de a fi implicaţi în decizii privitoare la tratament, în deosebi în situaţiile în care rezultatul este nesigur şi costurile tratamentului sunt ridicate. Timpul necesar şi promptitudinea medicului de a fi receptiv la părerile pacientului pot creşte odată cu dezvoltarea medicinei private.

O altă schimbare specifică, cu implicaţii în activitatea medicilor de medicină generală este acceptarea ideii, de către toţi medicii, că ei trebuie să se comporte ca educatori în probleme de sănătate, furnizând cunoştinţe asupra comportamentului alimentar, asupra alcoolului, fumatului, asupra comportamentelor cu risc pentru sănătate. Medicul generalist este privit ca un focar de educaţie sanitară, întrucât trei sferturi din populaţie îşi vizitează medicul, cel puţin odată pe an şi aproape toţi, odată la cel puţin cinci ani (M.Morgan, 1986). Pacienţii, la rândul lor, privesc spre medici ca spre cea mai autorizată sursă de educaţie sanitară. Sfaturile lor au cel mai mare impact în raport cu alte surse de informaţie. Mai mult, în timpul unei consultaţii, ei se dovedesc mult mai receptivi

la astfel de informaţii medicale. Eficacitatea medicului, însă, în acest rol depinde de abilitatea lui de a comunica cu pacienţii. Forma relaţiei medic-pacient, care conduce cel mai uşor spre acest rol este de tipul participare reciprocă analizată de Szasz şi Hollender. Aceasta şi pentru că, în final, pacientul este cel responsabil de organizarea propriei sale vieţi într-o manieră sănătoasă, relaţia medic-pacient fiind caracterizată tot mai mult ca o relaţie de participare reciprocă, servind atât încurajării comunicării şi promovării educaţiei sanitare, cât şi întăririi speranţelor şi aşteptărilor pacienţilor.

în sensul optimizării acestei relaţii, I.Saas (1995) a elaborat un cod de conduită pentru pacienţi şi pentru medici, alcătuit din câte opt reguli pentru fiecare, după cum urmează:

Opt reguli pentru toţi cetăţenii privind îngrijirile medicale

1Consultaţi un expert medical experimentat şi demn de încredere.
2. Dezvoltaţi-vă simţul responsabilităţii şi competenţa pentru a înlătura riscurile medicale.
3. Utilizaţi din plin medicina preventivă şi predictivă.
4. Profitaţi de îngrijirile medicale de vârf, dar fiţi atenţi la limitele şi riscurile oricărei intervenţii medicale.
5. Cereţi informaţii şi sfaturi experţilor medicali şi le fiţi un partener loial.
6. Definiţi-vă sensul calităţii vieţii, valabil din copilărie până la bătrâneţe, pentru perioadele de boală şi de sănătate şi bucuraţi-vă de ea.
7. Pregătiţi un testament biologic şi desemnaţi pe cineva pentru a lua decizii dacă veţi deveni dependent.
8. Folosiţi în mod responsabil resursele medicale comune.

Opt reguli pentru personalul medical

1. Trataţi pe fiecare dintre pacienţii voştri ca pe o persoană, nu ca pe un caz.
2. Ajutaţi-vă pacienţii să-şi dezvolte competenţa lor medicală pentru a elimina riscurile medicale.
3. Integraţi "statutul de valori" al pacientului vostru în "statutul său clinic" din diagnosticul vostru diferenţial şi pentru a stabili prognosticul vostru.
4. Trebuie să aveţi cunoştinţă de avantajele, limitele şi riscurile medicinei de vârf şi să le discutaţi cu pacienţii voştri.
5. Fiţi un partener competent în relaţiile cu pacientul şi respectaţi-i punctele de vedere şi valorile sale.
6. Preocupaţi-vă permanent de perfecţionarea pregătirii voastre profesionale şi oferiţi cele mai bune servicii clinice şi personale pacienţilor voştri.
7. Ajutaţi-vă pacientul să-şi pregătească un testament biologic şi colaboraţi cu cei apropiaţi lui, în interesul său.
8. Folosiţi în mod responsabil resursele medicale comune.

Ştiinţele comportamentului

IV. Etică, morală şi deontologie

Introducere

în antichitate, societatea a dovedit necesitatea definirii unui cod de comportament propriu medicilor, pentru încadrarea activităţilor lor şi pentru a da încredere pacienţilor.

Cel mai cunoscut, dar şi cel mai vechi, este cel al Şcolii din Cos animată de către Hippocrate (460 - 377 î.e.n.). Celebrul jurământ al lui Hippocrate se depunea la intrarea în şcoala de medicină, iar viitorul medic accepta să se supună acelor reguli.

Jurământul lui Hipocrate

„Jur pe Apolo medicul, pe Asclepios, pe Higia şi Panaceea, pe toţi zeii şi zeiţele, iuându-i ca martori, că voi îndeplini, pe cât mă vor ajuta puterile şi priceperea, jurământul şi legământul care urmează.

Pe învăţătorul meu într-ale medicinii îl voi socoti deopotrivă cu cei care m-au adus pe lume, voi împărţii cu el averea mea şi, la nevoie, îi voi îndestula trebuinţele, pe copii săi îi voi privi ca pe nişte fraţi şi, dacă vor dori să devină medici, îi voi învăţa fără plată şi iară să le cer vreun legământ. Preceptele, lecţiile orale şi tot restul învăţăturii le voi împărtăşii fiilor mei, fiilor învăţătorului meu şi ucenicilor uniţi printr-o fagăduială şi printr-un jurământ, potrivit legii medicale, dar nimănui altcuiva.

Voi îndura îngrijirea bolnavilor spre folosul lor, pe cât mă vor ajuta puterile şi mintea, şi mă voi feri să le fac orice rău şi orice nedreptate. Nu voi încredinţa nimănui otrăvuri, dacă-mi va cere, şi nici nu voi îndemna la aşa ceva; tot astfel nu voi încredinţa nici unei femei leacuri care să o ajute să lepede.

îmi voi petrece viaţa şi îmi voi îndeplini meşteşugul în nevinovăţie şi curăţenie. Nu voi practica operaţia scoaterii pietrelor din băşica udului, lăsând-o în seama celor ce se ocupă cu acestea.

în orice casă aş intra, voi intra spre folosul bolnavilor, păzindu-mă de orice faptă rea şi stricătoare comisă cu bună ştiinţă, mai ales de ademenirea femeilor şi a tinerilor, liberi sau sclavi.

Orice aş vedea şi aş auzi în timp ce-mi fac meseria sau chiar în afară de aceasta, nu voi vorbi despre ceea ce nu-i nici o nevoie să fie destăinuit, socotind că, în asemenea împrejurări, păstrarea tainei este o datorie.

Dacă voi respecta acest legământ fără să-l calc, fie să mă bucur pe deplin de viaţă şi de meseria mea, pururi cinstit de ceilalţi; iar dacă îl voi nesocoti şi voi fi un sperjur merit să am o soartă dimpotrivă !"

Jurământul medicului

(traducerea şi aranjamentul Prof.Dr.Neculai V.Baran, sept. 1997)

„O dată admis printre membrii profesiunii de medic:
Mă angajez solemn să-mi consacru viaţa în slujba umanităţii;
Voi păstra profesorilor mei respectul şi recunoştinţa care le sunt datorate;
Voi exercita profesiunea cu conştiinţă şi demnitate;
Sănătatea pacienţilor va fi pentru mine obligaţie sacră;
Voi păstra secretele încredinţate de pacienţi chiar şi după decesul acestora;
Voi menţine prin toate mijloacele onoarea şi nobila tradiţie a profesiunii de medic;
Colegii mei vor fi fraţii rnei;
Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea şi pacient consideraţii de naţionalitate, rasă, religie, partid sau stare socială;
Voi păstra respectul deplin pentru viaţa umană de la începuturile sale chiar sub ameninţare şi nu voi utiliza cunoştinţele mele medicale contrar legilor umanităţii.
Fac acest jurământ în mod solemn, liber pe onoare !"

Jurământul lui Hipocrate

„Jur pe Apollo, medicul, pe Aesculap (Asklepios), pe Hygeia şi pe Panakeia, precum şi pe toţi zeii şi zeiţele, pe care îi iau ca martori, că voi îndeplini în mod cinstit, după puterile şi judecata mea, acest jurământ şi acest angajament scris:

Jur că voi socoti ca pe egalul părinţilor mei pe acela care m-a învăţat această artă a medicinei; voi împărţi cu el bunurile mele şi, dacă va avea nevoie, îi voi da ajutor: voi considera, de asemenea, pe urmaţii săi ca pe proprii mei fraţi şi, dacă doresc să studieze această artă îi voi învăţa fără plată sau legământ scris; daca vor dori s-o studieze voi împărtăşi preceptele generale, lecţiile, prin viu grai şi tot restul doctrinei, mai întâi copiilor mei, apoi copiilor maestrului meu, ba chiar şi tuturor discipolilor care au făcut angajament scris faţă de mine şi au depus jurământ să slujească legea medicală şi, desigur, nu alta.

Dealtfel, voi dispune ca regimul dietetic să fie servit în folosul celor bolnavi şi mă voi feri să-i vatăm sau să-i nedreptăţesc. Nu voi da vreun sfat, oricui mi-ar cere acest lucru, necum un drog ucigător şi nici nu voi sugera vreodată aşa ceva, în situaţii similare. Dar cu toate acestea, nu voi aplica niciodată vreunei femei un pesar abortiv.

Prin probitate şi prin castitate îmi voi conserva curată viaţa şi profesiunea mea. Desigur, nu voi opera pe suferinzii de caîculi, ci voi lăsa această practică profesioniştilor care operează chirurgical.

Voi intra însă în orice casă, voi merge acolo spre folosul bolnavilor. Mă voi abţine de la orice nedreptate voluntară sau act de corupţie şi cu deosebire de la orice raporturi venale cu femeie sau bărbaţi, fie ei oameni liberi sau sclavi.

Despre tot ce voi putea vedea sau auzi în decursul exerciţiului artei, sau în afara exercitării profesiei mele, cu privire la viaţa comună a oamenilor mei şi care nu trebuie divulgate; le voi reţine pentru mine, socotind că toate acestea au dreptul oricum la cel mai deplin secret.

Dacă voi îndeplini, aşadar, până la capăt acest jurământ şi-1 voi respecta tot timpul, să-mi fie permis să mă bucur de o viaţă fericită şi de o artă onorabilă, cinstită fiind gloria mea pentru totdeauna de către toţi oamenii. Daca îl voi viola, si voi deveni sperjur, să mi se întâmple tocmai contrariul"

în general, medicii au transmis acest mesaj şi au respectat aceste principii conţinute în jurământul lui Hipocrate de-a lungul timpului.

începând cu anii 1990, etica şi-a câştigat un loc din ce în ce mai important atât în învăţământ, cât şi în practica medicală.

Cu toate că dimensiunea etică a practicii medicale este recunoscută, clasic, ea nu face parte integrantă din competenţa profesională a medicului, de unde importanţa de a o prezenta studenţilor în medicină ca o competenţă de dobândit.

Pentru a înţelege cel mai bine noţiunea de competenţă etică se foloseşte discutarea relaţiilor medic - pacient.

Definiţie şi generalităţi

Etică şi morală

La origine, termenii de "etică" şi "morală" sunt foarte apropiaţi: primul vine din grecescul "ethos", al doilea din latinescul "mores". Ambele desemnau bunele moravuri şi buna conduită, în timp, sensul lor s-a diferenţiat, chiar dacă în practică, aceşti termeni sunt adeseori confundaţi.

Etica aparţine lumii ideilor, marilor orientări, încercând să aducă o justificare teoretică principiilor de acţiune, în profesia sa, medicul trebuie să se supună unui cod etic mult mai strict comparativ cu profesioniştii din alte domenii.

Morala se înscrie în realitate şi se inspiră din fapte trăite şi observate pentru a preciza reguli şi principii de bună credinţă.

Deontologia

Termenul derivă din greceşte "deon" însemnând "ceea ce trebuie făcut", deontologia pentru medic fiind condensată în **Codul Deontologic,** în mod periodic "adus la zi" de către **Ordinul (Colegiul) Medicilor.** Cu alte cuvinte el este adaptat evoluţiei practicii medicale.

Deontologia fixează datoriile medicilor, obligaţiile lor şi limitele acţiunii lor. Codul serveşte ca bază instanţelor profesionale, el fiind un instrument preţios

şi indispensabil, dar în acelaşi timp, el nu poate dispensa medicul de o reflexie personală asupra problemelor de etică.

Bioetica

Noţiunea de bioetică desemnează ansamblul relaţiilor omului cu lumea în sensul "a tot ce trăieşte" (ecologic, poluare), dar rnai ales a limitelor cercetării medicale în toate domeniile medicinii.

Uşor confundat cu termenul de "etică medicală" în ţările anglo-saxone, bioetică cuprinde, în special în medicină, problemele experimentelor pe om şi procrearea.

Principiul precauţiei

Comisia europeană defineşte acest principiu astfel: el intervine la cazurile unde datele ştiinţifice sunt insuficiente, puţin concluzive sau incerte. Precauţia intervine când o evaluare ştiinţifică preliminară arată că pot apare efecte periculoase pentru mediu sau sănătate.

Acordul pacienţilor faţă de tratament ("le comentement eclaise")

în 1947, primul punct al procesului de la Tribunalul Medical American privind experimentele criminale ale medicilor nazişti pe deportaţii din lagărele de concentrare şi exterminare a judecat lipsa acestui acord: subiectul de "experienţă" trebuie informat asupra riscurilor aplicării unui "tratament", iar pe de altă parte el trebuie să fie liber, astfel încât decizia să-i aparţină.

în 1988, Parlamentul Francez (Franţa este o tară cu preocupări foarte serioase în etică) adoptă legea Huriet, conform căreia orice experiment trebuie supus în prealabil unui comitet de experţi, care evaluează riscurile şi beneficiile acestuia. Ulterior, trebuie obţinut acordul subiectului, însoţit de o asigurare care acoperă indemnizaţia pentru orice insultă sau efect negativ, periculos, suferit şi pentru eventualele care urmează, pe o perioadă de 10 ani.

Actualmente, sub impulsul jurisdicţiei europene, un acord trebuie să preceadă orice tratament medical, chirurgical sau de altă natură, în chirurgie, în special, acordul scris este acum pretins pacientului (care poate sau nu să fie de acord !). în caz de urgenţă, acordul poate fi obţinut "a posteriori", iar în caz de urgentă absolută, medicul face ceea ce-i dictează conştiinţa sa. în cazul în care pacientul nu-şi poate da acordul (în sensul valabilităţii) acesta poate fi dat de reprezentantul său legal: părinte, soţ/soţie, tutore etc.

în special în situaţiile cu risc, dar şi în intervenţiile de chirurgie estetică, importanţa acordului este covârşitoare, pentru a evita litigiile ulterioare.

Actul medical şi interacţiunile sale

Actul medical este locul de convergenţă a 3 factori: bolnavul, medicul şi societatea,

D. von Engelhardt de Lubeck a schematizat astfel principalele relaţii şi interacţiuni:

Angajamentul bolnavului este dublu:

* faţă de medic, ceea ce înseamnă în final acceptarea instrucţiunilor sale terapeutice ("complianţa");
• faţă de boala sa, care trebuie asistată cât mai rapid şi cât mai bine ("coping-ul").

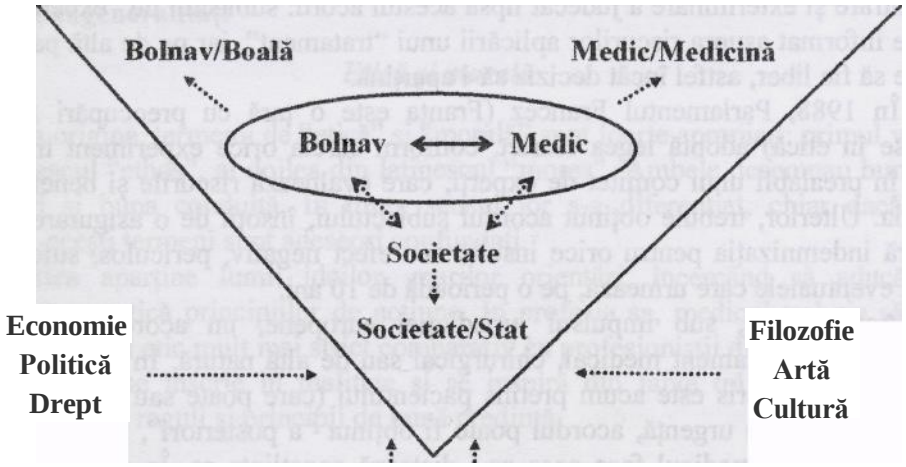
Angajamentul medicului spre bolnav este în mod tradiţional cel al jurământului lui Hipocrate, dar care, astăzi, este mult mai complex.

în jurul bolnavului şi medicului se găsesc societatea, familia şi colectivitatea, care joacă un rol de susţinere şi de solidaritate.

în spatele fiecărei medic, există structuri medicale care condiţionează în mod riguros măsurile diagnostice şi terapeutice aplicate.

Medicul depinde de starea şi stadiul de dezvoltare a ştiinţelor medicale.

Figura 2. Medicina ca ştiinţă şi practică



În centru se găseşte raportul Bolnav - Medic.

în figura 2, la stânga este figurată economia (costul bolii, respectiv a asistenţei), politica sănătăţii (conceptul politic de sănătate într-o ţară!) şi dreptul (legile şi jurisprudenţa).

La dreapta - sunt trecute filozofia (cu rol în etica teoretică), artele (care prezintă medicul, bolnavul şi boala în ipostaze diferite şi rolul lor terapeutic, de exemplu muzica, dansul, etc.) şi teologia, care ocupă un loc aparte, relaţia medic-preot-pacient fiind una cu totul specială.

Toate relaţiile indicate comportă aspecte etice de care trebuie să se ţină seama!

Relaţia bolnav-medic, prin prisma eticii

Despre competenta etică s-a discutat pornind de la realitatea "clinică" a medicinei, adică de la experienţă. Această experienţă medicală are în centrul ei relaţia pacient-medic, relaţie extrem de complexă, dar pe care o analizăm doar prin perspectiva socială, juridică şi psihologică.

în perspectiva socială, relaţia bolnav/medic este influenţată de valorile societăţi în general şi/sau de unităţile sanitare pe care le oferă societatea. Mai mulţi factori sociali influenţează actualmente relaţia pacient/medic:

- reforma sistemului de sănătate;
- modificările structurale ale dinamicii asistenţei;
- iniţierea unei culturi a drepturilor individuale, respectiv trecerea la un modei de asistenţă în care autonomia pacientului este recunoscută (?).

Existenţa unui buget auster pentru sănătate, disfuncţionalităţile Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, creşterea şomajului şi numărul mare al defavorizaţilor sociali sunt elemente care întunecă relaţia pacient/medic şi care se cer remediate într-o tară unde există respectul societăţii pentru pacient, dar şi pentru medic, respectiv medicină.

Perspectiva juridică are, de asemenea, repercursiuni importante asupra relaţiei pacient/medic în practica medicală. Creşterea "grandioasă" a principiului autonomiei în unele ţări avansate a favorizat conceptul axat pe respectul pacientului. Aceasta i-a determinat însă pe jurişti să definească relaţia pacient/medic ca o formă particulară de contract.

Noţiunea care este pusă în faţă în acest fel este acordul explicat anterior. Juridic, medicul este un "expert" în domeniul medicinei, într-o anumită specialitate. "Cetăţeanul" nu este perceput din punctul acesta de vedere ca un pacient, ci ca un plătitor (C.A.S.), ca un individ care decide şi profită.

Cu acest punct de vedere profesia medicală nu este de acord, pentru că umbreşte etica în medicină şi "răceşte" relaţia pacient/medic, crescând numărul nemulţumirilor cu caracter subiectiv. Acestui punct de vedere i se opune Codul Deontologic, conform căruia lucrează Colegiul Medicilor, şi unde se subliniază caracterul relaţiilor pacient/medic, autonomia practicii, relaţia de încredere, caracterul confidenţial al informaţiilor furnizate şi prejudiciul posibil pe care-1

poate suferi un pacient. Iată, cum pornind de Ia cadrul contractual propriu dreptului, normele deontologice în medicină atribuie obligaţii particulare medicilor în respectarea relaţiei pacient-medic.

Perspectiva psihologică este un alt punct de vedere care poate defini relaţia pacient/medic. Acest model ocupă azi un loc deosebit (chiar preponderent), în programele de formare din primul ciclu şi din rezidenţiat (ciclul trei), îndeosebi în SUA, dar şi în ţările vest-europene. în cadrul teoriei psihoanalitice sunt abordate tradiţional temele de trasfer şi contra-transfer, la care se adaugă modelele contemporane bazate pe teoriile psihologice interacţionale, de mare interes. Abilităţile comunicaţionale ale medicului, capacitatea sa de dăruire, calitatea relaţiei de ajutor pe care-l oferă pacientului sunt puncte de ancoraj a relaţiei pacient-medic într-o perspectivă psihologică modernă.

Competenţa etică

în centrul activităţii medicale practice stă problema deciziei, fiind considerată punctul central al procesului etic.

Competenţa profesională nu înseamnă doar a şti pune un diagnostic, a face un prognostic sau a stabili un plan de tratament. Aceasta înseamnă, de asemenea, a lua o decizie faţă de un pacient vulnerabil, a considera autonomia profesională a medicului şi caracteristicile proprii ale relaţiei care uneşte medicul cu pacientul său.

Mai multe dimensiuni intră în joc: trebuie întâi a fi în măsură de a comunica, de a te deschide altuia, de a dialoga, pentru a schimba nu numai informaţii, ci de asemenea puncte de vedere, la sfârşit ajungând la o alianţă.

A dialoga rămâne pivotul central al competenţei profesionale şi etice a medicului, în literatură, mai mulţi autori lasă să se înţeleagă că este vorba doar de competenţa de comunicare (comunication skills). A dialoga în sensul amintit este mult mai mult, este o modalitate de a fi a altuia.

Competenţa etică propune, în al doilea rând, capacitatea de a delibera, de a înţelege sensul diferitelor norme juridice, medicale şi instituţionale în cauză şi de a le evalua. Această evaluare, care se efectuează într-un dialog constant cu pacientul, pretinde de a şti să fie ierarhizate diferitele norme.

în sfârşit, competenţa etică a medicului presupune capacitatea medicului de a analiza în mod critic deciziile sale în lumina unui număr de elemente externe, atât culturale, cât şi sociale. Un exemplu bun, ar fi cel al noului rol pe care medicul şi-1 asumă ca "gardian" al sistemului, obligându-1 să ţină seama de interesele guvernului, casei de asigurări, etc, scopul final fiind binele pacientului.

în concluzie, a vorbi despre competenţă etică înseamnă a vorbi despre capacitatea de a dialoga, de a delibera şi a face analiza critică a practicilor sociale şi a propiei sale practici, în acest sens, competenţa etică nu este o simplă aplicare a ceea ce ai învăţat sau un ansamblu de abilităţi ceea ce s-ar putea reduce la o calitate tehnică. Competenţa etică "vine" din tine anterior absolvirii facultăţii, "creşte" o dată cu experienţa, în relaţia cu bolnavul şi recurge la reflectare critică.

M.Pierson demonstrează sintetic (vezi tabel 4) că fiecare din evenimentele ştiinţifice (în sensul larg al termenului), a antrenat după cel de al doilea Război Mondial, schimbări importante în viaţă, în aprecierea sănătăţii fizice şi psihice, de ordin social, economic etc. în acelaşi timp, aceste elemente au determinat punerea unor întrebări noi de filozofie şi morală, fenomenul desemnând o nouă expresie a eticii.

Acest obiectiv nu a fost atins, din păcate, în numeroase regiuni ale lumii. Este posibilitatea şi sarcina noilor generaţii de peste tot de a-şi însuşi elementele eticii moderne şi contemporane, care pot fi mereu îmbunătăţite.

Din nou despre relaţia medic - bolnav

Profesorul Jean Bernard, unul din pionierii eticii în medicină a spus: "Fără să ştie, iară ştiinţă, medicul nu poate fi util; dar fără dragostea pacientului său, el nu şi-a îndeplinit în totalitate rolul său. Aceasta se poate traduce prin trei mari principii înscrise în Codul de Deontologie Medicală:

- respectul demnităţii persoanelor;
- respectul libertăţii bonavului;
- respectul absolut al secretului medical

în relaţia cu pacientul, medicul trebuie să-şi cunoască posibilităţile, respectiv limitele profesionale. Trebuie să ştim că toţi suntem condiţionaţi de ereditate, mediul socio-cultural din care provenim, de educaţia primită, de ideologia şi religia în care am fost crescuţi, motiv pentru care trebuie să ne "exersăm" cu mult simţ critic, pentru a şti să sesizăm divergenţele de opinie sau de comportament şi a ajunge cât mai aproape de sufletul şi personalitatea bolnavului şi a avea cu acesta relaţii cât mai bune, respectându-ne şi respectându-l

Aşa cum s-a arătat anterior, relaţia medic - bolnav suscită şi azi un interes major din partea medicilor, a eticienilor, filozofilor, juriştilor, dar şi din partea celor care sunt asistaţi.

Acesta este motivul care pune în discuţie cele două modele opuse ale relaţiei medic-bolnav: "paternalist" şi "autonomist".

Modelul "paternalist" aminteşte o relaţie asemănătoare cu cea care se stabileşte între părinţi şi copii, în acest model, principiul de a face bine legitimează o protecţie a pacientelui, slăbit de boală, de suferinţă, şi frecvent de ignoranţă.

Medicul profesionist şi care asistă pacientul cu responsabilitate, în sensul propriu al cuvântului, răspunde de cel care este slab, cu un devotament şi grijă, de "parcă ar vrea să-l înlocuiască pe bolnav cu propria persoană", atât de mult doreşte însănătoşirea acestuia.

Ştiinţele comportamentului

Tabel 4

Evenimente majore Progres ştiinţific	Repercursiuni asupra umanităţii (pozitive şi negative)	Răspunsuri etice sau juridice
1940 -1945		
Al Doilea Război Mondial Pacea, 8 Mai 1945 Bomba atomică	• 40 milioane de morţi • Lagărele de exterminare • Căderea dictaturilor (cea sovietică NU!) «începerea utilizării paşnice energiei atomice	•Procesul criminalilor nazist (Nurenberg) Crearea OMS Crearea în Franţa şi alte ţări vestice a: •& Ordinului medicilor ft Codului de deontologie
1945-1950		
Descoperirea antibioticelor: Penicilina, 1945 Streptomicina, 1951 Prima noţiune de agresiune fetaîă de către virusul rubeolei	Primii paşi împotriva gravelor infecţii bacteriene, în special împotriva tuberculozei Congresul de embriopatie virală la originea malformaţiilor	• Jurământul de la Geneva. naşterea ONU • Codul etic internaţional • în Franţa şi alte state vestice crearea Securităţii Sociale.
1950 -1955		
Prima grefa renală (Hamburger Paris) Descoperirea Actinomicinei	•Deschiderea căii transplanturilor de organe umane • Prima armă eficientă împotriva cancerului	• Declaraţia universală drepturilor omului (ONU)
1955 -1960		
• Primul vaccin contra poliomielitei (Salk, USA) • G.Pincus descoperă acţiunea anticoncepţională, "pilula"	• Victorie asupra paralizie infantile şi speranţe pentru combaterea altor boli virale • Primii paşi spre "stăpânirea' procesului de fecunditate la om	>Declaraţia de la Helsinki (ONU) > începutul primelor companii d masă pentru sănătate (OMS) > Dezbaterea etică asupra problemei "contracepţiei"
1960-1970		
Primul zbor al omului în spaţiu Iuri Gagarin, 1961 Doi americani pe lună, 1969 Descoperirea de către Dansset (1960) a sistemului de histo-compatibilitate (HLA)	•Omul este "parte" a spaţiului • Noi mijloace de comunicare • Naşterea unei noi ştiinţe Imunologia	Crearea în Franţa, apoi şi în alte ţări a "Medicilor iară frontieră Conceptul de "Medicină umanitară"
1970 -1980		
Sinteza a noi medicamente. - hormonii hipotalamici - ciclosporina: rol imunosu-Ipresor - numeroşi hormoni peptidici prin recombinare genetică	Progrese enorme in hormonologie Aport extraordinar pentru reuşita transplantelor de organ	1974 (în Franţa): Legea Veil privind întreruperea voluntară a sarcinii. Dezbateri privind "Puterea geneticii" 1974: Declaraţia de la Tokyo (ONU) 1977: Declaraţia de la Alma Aţa: Asistenţa primară a stării de sănătate - drept al tuturor popoarelor 1979: Noua redactare în Franţa a Codului Deontologic
Progrese tehnice în radiologie: - Scanner-ul (UK, 1972) Imageria prin rezonanţă magnetică (USA, 1973) Asistenţa la procreere: primul "bebe" în eprubetă (Australia)	Recombinările genetice par a avea posibilităţi numeroase "le genie genetique" Imageria medicală permite progrese considerabile în diagnosticul tuturor stărilor patologice (Scanner şi RMN) Un nou pas în cunoaşterea şi stăpânirea procesului de reproducere	

Tabel 4 (continuare)

Evenimente majore Progres ştiinţific	Repercurskmi asupra umanităţii (pozitive şi negative)	Răspunsuri etice sau juridice
1980-1990		
[1] Progrese în imunologie: Prima grefă de ficat uman, Franţa, 1981 Izolarea virusului SIDA: HIV, Franţa, 1983 Prima greiă de măduvă osoasă in itu(SUA)	Obţinut datorită progreselor în « chimioterapie înmulţirea cazurilor SIDA are efectul unei bombe Posibilitatea de a depista infecţia este prima încurajare	Declaraţia de la Maniile (ONU) în Franţa şi alte ţări vestice: Crearea Comitetului Consultativ Naţional de etică pentru ştiinţele vieţii şi ale sănătăţii.
• Progrese în genetică: descoperirea genelor reglatoare ile cancerului: oncogeneîe. tehnica poiimerizării în lanţ	Explozia cercetărilor face să nască speranţa de a cunoaşte în curând "genonul uman"	Debutul polemicilor privind depistarea SIDA. Colocviul "Genetică, Procrere şi Drept"
• Progrese în procreere: primul bebe în eprubetă francez, Amandine 1982	Proiectul HUGO (Hurnan Genone Organization)	Legea Huriet asupra "cercetării
Primul bebe născut după congelarea embrionului (Australia 1984)	Perspectiva terapiei genice	Jurământul de la Geneva, ONU
• Catastrofa de la Cernobîl	O ştiinţă şi o tehnică nouă: "Procreatica", cu scopu învingerii sterilităţii.	Riscurile "manipulării" embrionilor (Testard, 1986) Principiul precauţiei
1990-2000		
•Progrese în genetică: • identificarea precisă a geneloi responsabile de boli grave; • organismele genetic modificate OGM) • Dolly, oaia "clonată" (UK)	• Medicina "de prediction" şi medicina "de presouation" • Lucrări de a avea "bănci de date genetice" • O nouă ştiinţă: "Transgenetica" perspectiva de ameliorare *a* mijloacelor de hrănire a lumii cu substanţe alimentare indispensabile • Clonajul omului devine posibil	Pericol de a induce teama în populaţie ! • Incertitudini, atenţionări...
Explozia informaticii Reţeaua Internet şi aplicaţiile | sale în Sănătate. - Protecţia socială şi economia în sănătate: - îmbătrânirea populaţiei în toate ârile lumii; creşterea costului asistenţe medicale şi sociale; - situaţia inadecvată cu posibilită ile financiare ale naţiunilor.	• Internetuî serveşte medicina şi cercetarea, mijloc de comunicare. • Riscuri serioase • reţele mafiote • trafic sexual • trafic de organe (şi embrioni) • Revoluţia culturală în curs în lumea medicală	- Toate tipurile de trafic sunt condamnate: - Consiliul Europei - Convenţia Europeană de Bioetică [Ovieda 1997) - Etica medicală a intrat în programele de formare a profesiilor din Sănătate
Noi drame: "vaca nebună"	•"Ţinte" ale secolului XXI • persoanele în vârstă • sfârşitul vieţii • asistenţa paleativă • excluderea socială • Ameninţări asupra omului	- Parlamentul şi Consiliul Europei au deliberat asupra: - asistenţă „celor mai defavorizaţi" - persoanelor în vârstă - sfârşitul vieţii. - Securitatea alimentară

Valoarea fundamentală în relaţia de a face bine în sens paternalist este cea a resposabilităţii totale, fără ca medicul să aştepte reciprocitatea, această absenţă a reciprocităţii accentuând asimetria fundamentală a relaţiei medic-bolnav. Modelul "paternalist" se aseamănă cu etica teologică.

Modelul "paternalist" a putut fi acceptat în trecut, la pacienţii care prezentau afecţiuni acute grave, care-i puneau în situaţia de mare dependenţă, în timp ce eficacitatea terapeutică era modestă, incertă sau chiar nulă.

Azi, modelul "paternalist" nu mai este acceptat, cu unele excepţii, deşi partea de dăruire totală trebuie reţinută ! Acest model poate fi considerat în zilele noastre ca fiind caduc deoarece:

1. Bolnavul nu mai este acel individ pasiv, care "se descarcă" în totalitate pe medic ca responsabilitate a deciziei, el este mai bine informat de tot ceea ce înseamnă sănătate şi boală; el cere medicului de a-1 ţine la curent referitor la rezultatele investigaţiilor şi de a participa la toate deciziile atât cu referire la diagnostic, cât mai ales la tratament. Această cerere este cu atât mai justificată cu cât se cunoaşte faptul că unele explorări medicale şi unele tratamente nu sunt lipsite de risc.
2. Pentru tratamentul unei boli se pot oferi azi mai multe căi terapeutice; alegerea uneia (sau unora) din aceste căi se face ţinând seama de către medic, pe lângă criteriile biomedicale avansate, şi de dorinţa, respectiv accepţiunea bolnavului, într-o societate deschisă celui mai larg pluralism de opinii. Excepţie fac urgenţele majore, situaţii în care medicul asistă bolnavul fără consinţământuî explicit al acestuia, bolnavul fiind într-o stare de detresă, sau când timpul de a-1 salva este atât de scurt, încât nu se pot da explicaţii. Există încă o serie de situaţii în care nu bonavul îşi dă acordul (pentru că nu este capabil), ci rudele apropiate sau tutorele.

Modelul "autonomist" înseamnă a face bine altuia, aşa cum te-ai angajat ca medic, în acord cu bolnavul însuşi la luarea deciziilor diagnostice, dar mai ales terapeutice.

Modelul "autonomist" face apel la o morală şi la o deontologie în numele cărora libertatea şi dreptul la autodeterminare a pacientului trebuie să fie respectate. Pentru realizarea acestui model, medicul trebuie să "simtă în interiorul său" etica în medicină şi să cunoască principiul moral conform căruia, în primul rând în relaţia cu pacientul, medicul trebuie să respecte libertatea şi demnitatea acestuia. Principiul respectării autonomiei pacientului devine şi principiul de bază al deontologiei medicale.

Conform acestui cod oricare adult competent are dreptul de a da sau de a refuza acordul (consimţământul) privind o metodă de diagnostic sau de terapie. El are dreptul la informaţia necesară pentru a lua decizii. El poate înţelege motivaţia unor examene medicale sau a tratamentului, efectele rezultatelor lor şi consecinţele refuzului, în special a tratamentului.

Medicul, deci, trebuie să dea persoanei pe care o examinează, pe care o asistă sau pe care o sfătuieşte, o informaţie loială, clară şi cât mai apropiată, privind starea sa, investigaţiile şi tratamentele pe care le propune. Şi aceasta în toate cazurile !

Informaţia dată pacientului trebuie să fie simplă, accesibilă, inteligibilă şi, repetăm, loială!

Pentru a reuşi, modelul "autonomist", cel mai practicat azi, nu trebuie să accepte de la bun început o relaţie falsă medic-pacient. Relaţia falsă apare mai ales când medicul se interesează mai mult de boală decât de bolnav (!).

Modelul "autonomist" are o serie de capcane care pot duce la nereuşite şi la conflicte judiciare. Astfel, s-a spus că acest principiu ar conduce la o "demisie" a medicului. Acest risc, însă, nu există decât în faţa unei revendicări excesive a autonomiei bolnavului, care nu trebuie niciodată sa uite că medicul este, ca şi el, o fiinţă liberă şi responsabilă (pacientul, se înţelege, trebuie să aibă suficient bun simţ, cultură şi educaţie !).

Medicii trebuie să ştie, pe de altă parte, că sub pretextul de a respecta principiul "autonomist", ei nu trebuie să cadă într-o "indiferenţă culpabilă" (!).

Transfomarea progresivă a relaţiei terapeutice în prestaţie de serviciu comportă riscul unor fapte de Medicină Legală şi Judiciară deoarece relaţia contractuală între serviciul de sănătate şi "consumatorii" de asistenţă medicală înlocuieşte exact relaţia de încredere, indispensabilă deciziei celor doi parteneri. Această situaţie riscă să se însoţească de o deresponsabilizare a medicilor care "simt" că trebuie să se supună doar obligaţiilor formale ale legii. De aceea, revendicarea autonomistă excesivă trebuie combătută.

Relaţia medic-bolnav este o ştiinţă şi o artă care îmbină cu adevărat principiile de etică-morală-deontologie în medicină.

V Datoria medicală

Datoria sau mai degrabă datoriile medicului decurg din formidabila capacitate de a face bine.

Din timpuri foarte îndepărtate, exigenţele societăţii au definit un cod de comportament destinat medicilor. Cel mai cunoscut este cel al şcolii din Cos, al cărui fondator este Hipocrate.

Pornind de la astfel de exigenţe, multe ţări au elaborat astfel de coduri. Astfel, în Europa, amintim Franţa, unde în 1945 prin ordonanţa generalului de Gaulle a fost promulgat Codul de Deontologie, creându-se Ordinul Medicilor (recreat de fapt) şi al cărui conţinut (text) a fost revăzut în 1995. Acest cod (ca şi altele) arată că obligaţia morală a medicului este de a fi, în primul rând, în serviciul bolnavului care crede în ştiinţa şi dăruirea lui.

Această obligaţie se traduce prin 3 mari percepte:

- Respectul demnităţii persoanei;
- Respectul libertăţii bolnavului:
- Necesitatea confidenţialităţii.

Respectul demnităţii persoanei

Toţi indivizii, dar în special cei mai slabi, supuşi metodelor de asistenţă medicală, în spital sau în afara acestuia, trebuie consideraţi ca fiind liberi, egali şi nicidecum inferiori sau infantilizaţi sub pretextul că ei sunt dependenţi.

Trebuie învăţat să-i ascultăm, să le vorbim, să-i informăm despre boala lor, să răspundem întrebărilor lor, să fim disponibili şi eventual să le acceptăm chiar reproşurile.

Aceasta este o noţiune foarte dificil de învăţat, mai ales în mediul spitalicesc unde, adesea, bolnavul nu şi-a ales medicul şi nici secţia în care este spitalizat.

Medicul şi chiar studentul din spital trebuie să convingă bolnavul de necesitatea de a fi internat, de interesul şi avantajele care i se propun, iară să i se impună ceva. Cu alte cuvinte trebuie respectată libertatea bolnavului printr-o informare cât mai clară şi deschisă.

Studentul trebuie să asimileze imediat şi să aplice principiul confidenţialităţii. Acesta permite relaţia de încredere între pacient şi medic sau echipa medicală. Trebuie însuşit cu alte cuvinte principiul respectării absolute a secretului medical, în orice circumstanţă, studentul trebuie să înveţe să respecte secretul, adică tot ceea ce el ştie despre bolnav, boala sa, familie, viaţa intimă, în plus, aceste confidenţe nu trebuie împărtăşite decât echipei care se ocupă de bolnav şi numai în măsura în care ele servesc asistenţei şi vindecării.

Datoriile asistenţei deontologice ale viitorului medic pot fi sintetizate astfel:

- A face totul pentru a dobândi o reală competenţă profesională şi a face dovada unei adevărate conştiinţe profesionale, ceea ce asigură cea mai bună asistenţă bolnavului;
- A face dovada devotamentului şi generozităţii, ceea ce confirmă bunele intenţii ale medicului faţă de pacient, faţă de societate;
- A avea respectul absolut al demnităţii persoanei şi a libertăţii sale, ceea ce constituie atitudinea umanistă;
- A respecta cu totală scrupulozitate confidenţele pacientului, ceea ce este baza încrederii indispensabile între salvator şi salvat.

După absolvire, medicul, confruntat cu progresele ştiinţei, descoperă în fiecare zi dificultăţile misiunii sale. El îşi pune zilnic (şi aceasta începând din studenţie) întrebări în ceea ce priveşte:

- viaţa;
- moartea;
- suferinţa;
- diferenţele dintre oameni.

Se gândeşte dacă este pregătit pentru a contribui la o lume mai bună.

Medicul şi chiar studentul în medicină îşi pune o serie de întrebări faţă de om, omul-maşină, omul-obiect sau omul-proteză, faţă de posibilitatea manipulării genelor.

Cele afirmate anterior susţin ideea conform căreia medicul asociază la progresul ştiinţei medicale, ceea ce dă în primul rând putere medicinei, o reflexie filozofică, morală şi metafizică.

Medicul este dator de a dezbate mereu gândurile sale în relaţie cu societatea şi să-şi redefînească fundamentele acţiunilor sale:

- respectul persoanei în demnitatea sa;
- respectul vieţii şi a corpului uman, în integritatea sa, de la fecundaţie (de fapt de dinainte);
- refuzul practicilor comerciale incompatibile cu demnitatea persoanei.

Cu toată gloria tehnologică a medicinei (care este indispensabilă progresului î), existenţa unor constrângeri economice şi a unor tentaţii mediatice, care pot "deturna" medicul de la prima sa misiune, este obligatoriu să se revină la sursele umanismului, în special în zilele noastre şi în viitor.

Cunoaşterea corpului uman, dar şi a sufletului, este esenţială pentru a da conţinut rolului fericit al medicului, de păstor al vieţii, şi pentru ca să-şi merite încrederea oamenilor.

Cele afirmate anterior răspund doar în parte la întrebările: De ce să devin medic? Pentru cine?

Drumul studierii medicinei este foarte lung:

- şase ani de studenţie (ciclul I şi II);
- 1 an de stagiatură;
- 3-7 anide rezidenţiat (în funcţie de specialitate, ciclul III);
- educaţie medicală continuă, respectiv toată viaţa.

Ştiinţele comportamentului

Alegerea studierii medicinei trebuie să fie puternic motivată, bazându-se pe calităţi, care chiar dacă nu sunt suficient de evidente la "pornire", sunt cu siguranţă cel puţin subiacente.

Cei care se orientează spre medicină trebuie, în primul rând, să "simtă pentru alţii", pentru a putea avea o relaţie directă şi profundă cu pacienţii, răbdarea de a-i asculta, pentru a aborda problemele acestora cu generozitate. Acesta constituie aspectul "dăruirii" medicului.

Viitorul medic nu se poate angaja în studiul medicinei fără să iubească munca: există materii dificile, poate chiar ingrate, gărzi epuizante, activităţi fără oprire... Toată viaţa profesională a medicului se bazează pe ardoare şi tenacitate, calităţi ce trebuie să existe de la început.

Viitorul medic trebuie să fie şi un "spirit" ştiinţific din curiozitate şi rigurozitate. Aceasta îi poate conduce la o carieră spitalicească şi/sau universitară cu perspective deosebite, cu posibile descoperiri, respectiv participare la progresul ştiinţei medicale şi a terapeuticii, a tehnicilor de investigaţie.

Dar şi practicianul de zi cu zi, la modul ideal, ar putea participa la dezvoltarea ştiinţei medicale. Oricum el este nevoit să-şi însuşească tot ceea ce ştiinţa aduce nou şi cu aplicabilitate practică !

Urmarea unor studii atât de lungi pentru o profesie atât de exigentă necesită o legitimă ambiţie: viitorul medic trebuie să aspire la o reuşită profesională, având permanent dorinţa de a ajunge un excelent medic.

Medicul trebuie incontestabil să aibă gustul puterii, înţelegând însă în primul rând prin aceasta că puterea medicului se măsoară prin capacitatea de a şti! în acest fel, el poate năzui pentru un bine al său pe plan social şi familial

Consideraţia socială de care se bucură medicul îi permite să joace un eventual rol asociativ, de implicare în Medicina Socială, şi chiar politic (în sensul conceptului politic al stării de sănătate într-o ţară anume !).

A dori să devii medic impune angajarea tacită de a munci cât mai mult posibil pentru a câştiga cea mai bună competenţă profesională. Acest angajament nu este limitat doar la reuşita la examene în timpul studenţiei şi apoi ca medic: pentru a servi cât mai bine viitorii pacienţi trebuie ca dobândirea cunoştiinţelor solide şi practice să fie întreţinută, pentru a creşte, în felul acesta medicul rămânând fidel angajamentului simbolizat de jurământul lui Hipocrate.

Se poate spune că în cele anterioare s-a vorbit deja despre exigenţele medicinei.

Adolescenţii de ieri, tinerii de azi, au ales medicina, în felul acesta, s-a făcut un veritabil contract, un angajament între onoarea individului şi o profesie exigentă, dificilă, dar excepţională, responsabilitatea fiind însă exorbitantă, S-a acceptat şi se doreşte împlinirea unei misiuni: păstrarea sănătăţii, asistenta şi vindecarea, încercate într-o luptă unică până la limitele extreme ale vieţii.

Indiferent specialitatea care se va exercita în sânul profesiei medicale: medicină de familie, interne, chirurgie, pediatrie, imagistică, biologie (laborator), cercetare...trebuie ca pornind de la tehnici extraordinare, dar uneori invazive,

medicul să rămână om, capabil de a asculta, de a înţelege, de a-i însoţi pe cei care au toată încrederea în medic şi medicină.

Jurământul lui Hipocrate, mai mult umanist, decât ştiinţific, găseşte în misiunea medicului ceva asemănător preotului (sacerdotului).

Acest caracter excepţional al profesiei de medic este autentificat de angajamentul de a respecta acest cod de bună conduită care reprezintă codul deontologic. El se adresează tuturor şi garantează pacienţilor-bolnavilor calitatea, onestitatea actelor medicale.

Pornind de la aceste consideraţii, practica medicală este înainte de toate o întâlnire între cel care este bolnav şi cel care-l salvează.

Medicina a evoluat enorm în timp, ea a devenit colectivă, pluridisciplinară, tehnică, preventivă şi chiar predîctivă. Fundamentul practicii însă rămâne această relaţie între cei doi parteneri, în spiritul încrederii şi respectului mutual Exigentele conceptuale decurg natural dintr-o reflexie etică. Noţiunile filosofice comune tuturor, universale, "traduc" un anumit concept al medicinii şi despre medicină. Ele conţin principiile de a face bine, de solidaritate, de echitate, de libertate, de autonomie şi de dreptate, valori pe care le regăsim şi în Declaraţia Drepturilor Omului. Aceste exigenţe sunt înscrise de asemenea în Codul Deontologic, care se impune tuturor medicilor, şi pe care fiecare student trebuie să le cunoască cât mai devreme în cursul formării sale.

Mai multe articole ale Codului reamintesc astfel respectul persoanei, a libertăţii sale, a autonomiei sale, a demnităţii sale.

Aceste exigenţe conceptuale justifică de asemenea de ce medicul veghează la respectarea independenţei sale şi acţionează în totală libertate în deciziile sale şi în prescripţiile sale, respectând însă legile.

Medicul va asista pe oricare dintre semenii săi indiferent de situaţie socială, etnie, religie, convingeri psihologice şi politice, dovedind exigenţă şi echitate.

Medicul va participa la acţiunile medicinei comunitare, respectiv sănătate publică, Iară să uite o clipă datoria sa în asistenţă, tăcând astfel dovada moralităţii sale, a probităţii şi devotamentului în toate circumstanţele.

Exigenţele relaţionale condiţionează calitatea întâlnirii cu pacientul; ele prezidează realizarea unui act medical care asigură astfel, pe o durată lungă de timp, atât cât este necesar, o asistenţă medicală conştiincioasă, clară şi conformă cu datele obţinute din studiul ştiinţei medicale (la zi!) şi o acompaniere fidelă şi adaptată nevoilor bolnavului până în ultimele clipe ale vieţii.

Libertatea lăsată pacientului de a-şi alege medicul este un principiu, condiţionând încrederea pe parcursul evoluţiei bolii, element absolut necesar unei bune asistenţe şi unor acţiuni terapeutice eficace. Există şi libertatea "despărţirii" dacă această încredere nu este dobândită sau dispare.

Informaţia urmează primei întâlniri şi constituie un moment capital al acestei relaţii.

Informaţia trebuie să fie loială, clară şi adaptată stării pacientului şi de asemenea capacităţii sale de a înţelege, pentru buna derulare a asistenţei medicale.

Această informaţie nuanţată, precisă, pe înţeles, este o datorie a medicului în grija sa faţă de pacient şi în acelaşi timp o necesitate, constituind premizele autonomiei şi libertăţii bolnavului. Acesta dacă este corect informat este în măsură (cu excepţia urgenţelor, când el nu poate consimţi la propunerile medicului!) să-şi exprime acordul faţă de "planul" medicului, devenind astfel participant la decizia medicală.

în sfârşit, această întâlnire medic-bolnav iniţiată în libertate şi încredere nu ar putea duce la un final diagnostic şi terapeutic eficient decât dacă este respectat secretul medical, exigenţă care încoronează această relaţie, fiind esenţială dacă se vrea păstrarea încrederii bolnavului.

Această exigenţă relaţională se caracterizează ideal de o afectivitate extraordinară în special în ultimele clipe de suferinţă. Această datorie de a nu părăsi bolnavul în ultima parte a vieţii sale este uneori uitată sau chiar necunoscută.

A rămâne fidel pacientului chiar dacă resursele ştiinţifice sunt depăşite este o datorie nobilă, făcând apel la sufletul medicului, la dragostea sa fată de om.

Această ultimă exigentă relaţională nu este permis să fie uitată, cu toată dificultatea asigurării cu demnitate a calităţii unei vieţi care se termină. Astfel, medicul va susţine nu numai bolnavul, ci şi asistenta sau infirmiera, familia şi prietenii.

Exigenţele tehnice conţinute în Codul Deontologic s-au multiplicat progresiv, s-au dezvoltat pentru a deveni în ultimii ani tot mai complexe, conform progreselor ştiinţifice. Ele sunt necesare, ca şi exigenţele precedente, în realizarea actului medical.

Competenţa tehnică dobândită prin formarea iniţială şi întreţinută printr-0 formare continuă, adaptată, este indispensabilă calităţii, eficacităţii şi securităţii asistenţei medicale. Această competenţă, pur intelectuală, nu se poate exercita în plenitudinea ei decât într-un mediu tehnic cu instrumente şi dispozitive moderne, în bună stare şi adaptate.

Un concept, un mediu, un personal specializat sunt necesare aplicării acestor exigenţe tehnice. Ele se impun medicului, care este responsabil de ceea ce utilizează în scop diagnostic şi terapeutic.

VI, Riscurile diagnostice şi terapeutice

A fi responsabil, în sensul obişnuit, înseamnă să fii conştient că eşti sau ai fost autorul unui prejudiciu sau suferinţe pricinuite unei persoane.

Noţiunea de responsabilitate medicală este foarte serioasă din cauza creşterii riscurilor apărute la efectuarea actelor medicale, din diminuarea încrederii pacienţilor şi a evoluţiei generale a moravurilor şi mentalităţilor.

De la această definiţie, comună, a responsabilităţii, trebuie introduse de acum conceptele juridice, deontologice şi etice.

Dreptul consideră două forme de responsabilitate, forma civilă şi forma penală:

- Responsabilitatea civilă decurge din obligaţia, pentru autorul recunoscut al unui prejudiciu, de reparare a consecinţelor acestui act şi eventual a intereselor asociate;
- Responsabilitatea penală decurge din responsabilitatea civilă, dar introduce o noţiune de greşeală, de culpabilitate, Culpabilitatea este definită de reuniunea a trei condiţii:
- Discernământul autorului în momentul comiterii actului respectiv;
- Intenţia deliberată;
- Actul recunoscut ca greşeală.

Pentru medic, situaţiile cu risc de responsabilizare sunt precizate, iar Codul Deontologic cuprinde cu exactitate condiţiile în care sunt autorizate asistenţa medicală şi toate actele profesiuni de medic.

în acelaşi timp, dacă se ţine seama strict de definiţia juridică, nu ar trebui să existe niciodată o greşeală în sensul penal al termenului, pentru că cele trei condiţii nu sunt decât în mod excepţional reunite.

Care este de fapt natura contractului de asistenţă între pacient şi medicul său?

O relaţie absolut simplă constând din partea bolnavului într-o cerere de ajutorare şi vindecare, cerere făcută celui pe care-1 consideră singurul capabil de a-i răspunde, pentru că este competent şi devotat.

într-o asemenea relaţie, nu trebuie să existe nici suspiciune şi nici gânduri ascunse, iar în caz de eşec nu se caută greşeala şi deci culpabilitatea.

Lumea credea, până în urmă cu 25-30 de ani, că sfârşitul nedorit ţine şi de un destin, de fatalitate, de voinţa lui Dumnezeu.

Lumea însă s-a schimbat, prin intervenţia a trei factori:

- Puterea terapeutică a medicinii moderne, care luptă din răsputeri împotriva eşecurilor, făcând progrese extraordinare de care lumea este informată;
- Scăderea încrederii oamenilor în medici (ceva ce pretinde o revizuire a comportamentului acestora din punct de vedere etic, moral şi deontologic);

• Mediatizarea (uneori nedreaptă vis-â-vis de medici) a problemelor de sănătate.

Revoluţia terapeutică din ultimii 50 de ani şi mai ales din ultimi 15-20 ani a „bulversat" total medicina şi societatea.

Cantitatea impresionantă de mijloace terapeutice şi numărul mare de medici "determină" mai multe prescripţii medicamentoase, ceea ce poate avea sj riscuri,, mai cu seama in cazul prescrierii excesive de medicamente. Aceasta poate însemna polipragmazie, cu efecte absolut nedorite asupra pacientului şi cheltuieli nejustificate, ceea ce pune probleme serioase Casei de Asigurări de Sănătate.

Riscul terapeutic obişnuit pentru medici este legat de greşelile de prescripţie:

• prescriere ineficientă şi inadaptată, care nu stopează procesul morbid, ajungându-se la moarte sau sechele;

* inversul, prescripţie excesivă de medicamente, uneori toxice sau erori de dozare (supradozaj).

La chirurgi, complicaţia majoră în cursul intervenţiei poate duce la moarte, de obicei fiind vorba de o tehnică greşită. Mai banal, o supuraţie prelungită la un bolnav, în urma intervenţiei chirurgicale cu descoperirea la "redeschidere" a unei comprese uitate sau chiar a unui microinstrument folosit la prima intervenţie.

Dacă există o creştere considerabilă a numărului de medicamente şi a numărului de prescripţie, s-a remarcat de asemenea o schimbare în acceptarea riscului de către pacient. Bolnavul nu mai acceptă să fie supus unei terapii sau la o investigaţie fără să fie informat şi fără să-şi dea consimţământul. Această informaţie poate fi modulată, ea fiind în funcţie de relaţiile între medic şi bolnav: dacă încrederea este foarte mare, această informaţie este redusă şi consimţământul este tacit; dacă relaţiile sunt mai puţin intime sau medicul îşi cunoaşte mai puţin bolnavul său, informaţia este mai importantă, iar consimţământul este obţinut uneori numai după un interval de timp.

Bolnavul modern nu mai admite rezultate rele, el considerând în caz de eşec, că prescripţia a fost "proastă", periculoasă şi bine-înţeies "vina" este a medicului. Dacă pacientul nu mai acceptă riscul azi, ca altădată, invers pusă problema, medicul este mai imprudent, azi, comparativ cu altădată ? Medicul acceptă riscul ?

Tinerii medici, foarte entuziaşti pentru caracterul ştiinţific al profesiuni lor, sunt adeseori tentaţi să meargă înainte, ţinând mai puţin seama de părerea bolnavului. Medicii mai vechi sunt mai prudenţi, în general, din cauza experienţei eşecurilor, a incidentelor şi a erorilor, dar şi sub efectul unei filozofii, a unor reflectări aprofundate.

O problemă fundamentală se pune mai mult ca oricând, azi, faţă de progresul cunoştinţelor în medicină: medicul este informat suficient în sensul celor mai noi şi mai profunde date pentru ca puterea lui să acţioneze totdeauna în sens bun ? Deoarece a şti ceva superficial este egal cu ignoranţa !

Evoluţia mentalităţii sociale subliniază această problemă fundamentală a pregătirii medicului, considerându-1 pe acesta responsabil de toate actele sale.

Astăzi, se cunosc foarte bine drepturile fundamentale ale bolnavilor şi datoriile fundamentale ale medicilor.

Bolnavul are două drepturi esenţiale care sunt recunoscute de către societate şi acceptate de către corpul medical:

- Dreptul de a fi informat loial asupra riscului posibil privind terapia prescrisă de către medic (terapie şi/sau investigaţie);
- Dreptul conform căruia dacă suferă după aplicarea tratamentului o insultă, să fie "indemnizat". De aici, rezultă cele două obligaţii esenţiale ale medicului:
- Bolnavul trebuie să primească cea mai bună asistentă, în funcţie de cunoştinţele cele mai noi şi mai bune din medicină; trebuie încercat ca bolnavul să fie ajutat la cele mai înalte standarde, chiar dacă el nu se poate vindeca, astfel încât el să nu-1 poată acuza pe medic de eroare, respectiv greşeală;
- Medicul este obligat de a "repara" greşelile în cazul apariţiei lor.

Trebuie făcută diferenţa necesară între accident şi culpă.

Accidentele terapeutice se citează în toată literatura medicală ca putând exista, ţinând de o reacţie particulară a bolnavului la tratamentul aplicat, cu cele mai bune intenţii şi motivaţii, de către medic.

Culpa medicală constă în prescrierea greşită a unui medicament, fie că de la început diagnosticul este o eroare (atenţie, în medicină există capcane diagnostice !), fie că pur şi simplu din neştiinţă, neglijentă, din necunoaşterea unor contraindicaţii, medicul prescrie eronat o anumită terapie, fapt ce poate costa viaţa bolnavului!

Mai trebuie diferenţiată greşeala medicului (cu referire în special ia specialităţile chirurgicale) de insuficienta dotare a instituţiilor medicale, cu aparatură şi cu medicamentele necesare în secolul XXI.

Greşeala în sens penal angajează responsabilitatea personală a medicului în toate cazurile. Recuperarea prejudiciului, practic greşeală civilă, ar putea fi eventual atribuită instituţiei.

Se încearcă o diferenţiere a greşelilor în "simple" şi "serioase", dar această clasificare este foarte pretenţioasă şi delicată, situaţiile de graniţă fiind numeroase; foarte uşor o greşeală "simplă" trece într-una calificată ca "serioasă".

Greşeala "simplă" este adeseori considerată ca o disfuncţie sau ca o simplă carenţă, o proastă organizare care a "antrenat" responsabilitatea, dar aici este vorba mai ales de responsabilitatea organizării publice:

- lipsa aparaturi moderne, de aici diagnosticul insuficient sau eronat;
- absenţa unor terapii noi;
- lipsa unor medicamente în momentul în care administrarea lor era oportună.

Toate acestea sunt considerate "greşeli simple"....

Greşeala "serioasă" antrenează imediat responsabilitatea medicului şi a instituţiei medicale unde se desfăşoară asistenţa. Uneori însă pentru o greşală majoră nu există decât prezumţia !

Se deduce simplu şi implicarea statului, a societăţii şi însăşi a pacienţilor în ceea ce înseamnă dotare modernă, compatibilă cu secolul XXI.

Riscurile legate de diagnostic merită câteva comentarii.

Multă vreme s-a considerat că eroarea diagnostică n-ar putea fi imputată responsabilităţii medicului în măsura în care el ar fi luat toate precauţiile necesare:

•competenţa sa profesională;
•mijloace de investigaţie;
•apelarea la un expert în problemă cu scopul completării informaţiilor sale;
•aplicarea unor tehnici corecte;
•utilizarea unui material adecvat.

în zilele noastre numărul medicilor acuzaţi de erori de diagnostic creşte, cu tot progresul posibilităţilor de investigaţie. Şi aceasta, pentru că societatea este în general informată de aceste progrese, iară să cunoască însă, de exemplu, limitele cunoaşterii în imagistică, cu toate performantele din radiologie şi ecografic, de unde posibile erori de interpretare, chiar atunci când se lucrează cu cea mai performantă aparatură, de către cei mai buni specialişti.

Există din acest punct de vedere probleme de etică extrem de complicate, care sunt rezolvate în sensul bun al cuvântului de către Colegiul (Ordinul) Medicilor.

O revenire în aprecierea diagnosticului clinic cu algoritmuri de diagnostic clasice, dar reactualizate, conform noilor achiziţii, constituie o preocupare peste tot, respectiv în ţările unde se practică o medicină de vârf.

în cadrul riscului terapeutic se include de asemenea prejudiciul cauzat direct printr-o explorare sau un examen, de exemplu: în urma unor recoltări de sânge şi instalarea unor perfuzie, apare o flebită sau o embolie.

Riscul privind medicina preventivă este de asemenea dublu:

- fie prin deficit;de exemplu a uita vaccinarea unui copil care poate contracta o boală mortală;
- invers, prin exces de zel; de exemplu a vaccina un copil în condiţii de boală infecţioasă este un fapt ce va determina complicaţii grave, copilul prezentând clar în momentul vaccinării o contraindicaţie; risc există şi în cazul vaccinării unui copil alergic care poate dezvolta un şoc anafilactic. Evoluţia societăţii actuale conduce la două situaţii noi:
- pe de o parte, se constată refuzul riscului, ceea ce este un fenomen social;
- pe de altă parte, se pune întrebarea dacă acceptarea riscului poate constitui un factor de progres în medicină.

în ţările avansate, societăţile refuză de a suporta riscul, pornind de la principiul conform căreia medicina are mijloacele de a determina cauzele bolilor, ca şi complicaţiile acestora, în consecinţă, toate cauzele putând fi combătute printr-o terapie adecvată, nu ar mai trebui să existe risc.

Societatea refuză de asemenea de a suporta consecinţele riscului. Această noţiune este cunoscută de multă vreme în cazul accidentelor de muncă, a bolilor

profesionale etc. Asistenţa în astfel de cazuri este greu plătită de Stat şi chiar de Asigurările Sociale.

Examinarea percepţiei de risc este un lucru nu numai interesant ci şi util. în această lume vulnerabilă, nu există forţă fără slăbiciuni. Medicina este înarmată cu o forţă considerabilă, incidentele (de dorit cât mai rare !) sunt parcă inevitabile şi "greutatea" riscului medical este purtată colectiv, cu speranţa la progres, ceea ce se poate numi solidaritate.

Prima întrebare care se pune este de a şti cine îşi asumă riscul! Medicul sau bolnavul ? Este clar, aceasta este ceea ce distinge profesia medicală de cea a aviaţiei, unde pilotul avionului va muri împreună cu călătorii dacă există un accident grav.

A doua problemă este de a cunoaşte în ce condiţii medicul poate fi autorizat să-şi asume riscul ? Acestea se pot enumera:

- în primul rând, riscul trebuie să fie identificat şi pentru aceasta, din ce în ce mai mult, se încearcă utilizarea strategiilor terapeutice cu protocoale bine construite. Exemplu cel mai bun: avantajul obţinut prin reglementarea protocoalelor experimentale pentru afecţiunile maligne (în oncologie).
- Riscul trebuie să fie evaluat: acesta este rolul Comitetelor de Protecţie a Persoanelor (existente în ţările civilizate), dar de asemenea Comitetelor de Etică şi Reuniunilor Ştiinţifice Permanente, unde este vizată nu numai crecetarea în sine, ci şi terapia curentă, la zi.

Cu toate încercările de a reduce riscul, cu toate precauţiile se poate admite deocamdată că în medicină nu există "riscul O".

Relaţia terapeutică implică doi parteneri (cel puţin): medicul este unul dintre ei, lui adresându-se cel de al doilea partener al relaţiei, adică pacientul, bolnavul sau "consumatorul" de sănătate, între aceşti doi autori există legături psihologice, un raport de încredere, o întâlnire între două cunoştiinţe, între ei interpunându-se însă o serie de factori sociali şi economici.

Această relaţie, înainte de a fi terapeutică, este etică !

Etica ar acoperi noţiunea de conflict profund, de criză între două entităţi. Din această dualitate se naşte reflexia etică, adică a gândi la noţiunea de conflict între conştiinţa medicului şi ştiinţă, între conştiinţa sa şi drepturile sale, cultura, religia bolnavului său. Dar acesta din urmă, într-o relaţie terapeutică, "întoarce" medicului aceleaşi conflicte, aceeaşi crîză transpusă după propriile criterii, după propriile dorinţe. Un psihanalist ar vorbi aici de transfer şi contra-transfer.

întâlnirea celor doi parteneri va da naştere (de cele mai multe ori) la încredere, care în această relaţie constituie elementul de bază, pentru că fără ea, nimic nu se poate realiza.

încrederea tacită permite o nouă noţiune şi anume secretul care, respectat fiind, creşte încrederea.

Această relaţie bazată pe încredere şi secret devine eficientă, credibilă, durabilă, un ligant unic care reuneşte medicul de pacientul său.

Secretul are, aşa cum afirmam, un rol deosebit: unul din cei doi parteneri ştie că ceea ce va afirma sau declara nu va fi transmis niciodată cuiva, iar celălalt se poartă astfel încât garantează această "linişte".

Cuvântul poate să apară, în astfel de condiţii, în dimensiunile lui "eliberatoare", cu rol curativ în unele situaţii (psihosomatică), în felul acesta se simplifică la extrem unul din mecanismele cele mai complexe ale psihologiei umane.

Lucrurile sunt însă mai complicate, pentru că a vorbi despre relaţia terapeutică, înseamnă a vorbi şi despre locul preponderent al inconştientului (gesturi, atitudini, privire). Privirea în special, participă la însăşi relaţia etică, care "antrenează" respectul şi determină a ţine seama unul, de celălalt.

Relaţia terapeutică poate fi extraordinar de simplă şi incredibil de complexă: pacientul ajunge şi vorbeşte cu medicul său tot şi nimic, iar medicul îl ascultă şi participă firesc la acest dialog simplu, dar care denotă în fond o relaţie intensă.

Relaţia terapeutică se bazează pe cuvânt, gesturi, linişte (atât a pacientului, cât şi medicului). Această linişte este elocventă şi poate fi definită ca secret medical, dar de asemenea linişte care comunică, "spune ceva", linişte evocatoare a unei suferinţe.

Relaţia terapeutică trebuie să respecte această linişte !

Relaţia medic-bolnav, baza întregului act de asistenţă, axat pe încredere reciprocă, se manifestă în moduri foarte variate.

Relaţia medic-bolnav se apropie de o ideologie fondată pe etică, pe respect fată de celălalt sau ca o tehnică, ştiinţific reproductibilă, pedagogia medicală putându-i învăţa pe tinerii în formare această relaţie.

Subliniem că nu există relaţie adevărată fără comunicare, fără "construcţie comună", fără compasiune şi iară a se asculta un partener, pe celălalt.

Relaţia terapeutică implică globalitatea indivizilor care suferă sau nu şi pune în joc dimensiunile etice ale secretului persoanei, încrederea şi respectul cuvenit.

Relaţia terapeutică se învaţă, se înţelege şi pretinde concentrare, această relaţie făcând din medicină o artă şi din medic un maestru, acest mod relaţional fiind unul din instrumentele majore ale asistenţei pacientului suferind.

VII Principiile relaţiei terapeutice

Introducere

Sănătatea şi boala sunt stări ale sufletului şi trupului. Cauzele bolii sunt diferite. Boala sufletească atrage după sine, deasemenea, nenumărate suferinţe şi boli ale trupului.

Bolnavul ajunge în situaţii neobişnuite pentru el, în care condiţiile de viaţă sunt modificate, relaţiile cu cei apropiaţi sunt slăbite uneori până la izolare, când pe lângă durere el trebuie să facă faţă îngrijorării, descurajării sau chiar disperării.

în faţa acestor încercări, bolnavul nu rămâne singur. Primii cu care intră în contact sunt medicul ce-1 va trata şi personalul medical (asistente, infirmiere) ce va întregi tratamentul prescris şi care va asigura condiţii decente pentru acest nou mediu în care a intrat pentru un timp nedeterminat.

Rolul medicului, personalului medical, în aceste cazuri poate fi de multe ori hotărâtor pentru însănătoşire.

Felul în care fiecare dintre ei va şti cum să se apropie de bolnav (şi cât de mult contează un zâmbet la intrarea în salon), cum îi va vorbi, cum îl va asculta, cum îl va încuraja, toate acestea vor concura la reuşita tratamentului.

Tipuri de relaţie: **conformitate, obedienţă**

Conformitatea reprezintă raportul dintre 2 lucruri conforme (a se pune de acord cu ...) şi exprimă: concordanţă, potrivire.

O analiză a cooperării, executată de psihologii Judith Rodin şi îrving Jonis, a relevat faptul că un raport bun între pacient şi medic duce la dezvoltarea aşa numitei **„puteri referente",** potrivire, când pacientul se identifică cu medicul care vrea să-1 ajute, formând astfel o unitate socială.

Arta relaţiei cu pacientul implică: bune maniere, respect şi compasiune.

Cunoştiinţele medicale, îndemânarea, inteligenţa şi practica, trebuie acompaniate de bunătate, înţelegere, simpatie, interes, încurajarea pacientului. Marea majoritate a pacienţilor simt că practica medicală centrată pe tehnici medicale duce la scăderea căldurii umane.

De fiecare dată când pacientul îşi schimba medicul, se consumă timp şi bani. Noul medic trebuie să repete istoricul medical, examenul obiectiv, testele necesare susţinerii diagnosticului. Uneori pacientul îşi schimbă medicul (schimbări de domiciliu), însă de multe ori pacientul este nemulţumit de relaţia interpersonală cu medicul. Dacă se simt abandonaţi, atunci renunţă la medic şi caută cure non medicale. Ei îşi caută sănătatea în tot felul de „tămăduiri": bioenergeticieni, yoghini, magicieni, vrăjitori, ghicitori, descântători şi chiar „evanghelizatori iăcători de minuni" care, în lăcomia lor, nu se dau în lături să speculeze disperarea suferinzilor sau a celor apropiaţi acestora.

De aceea sublinem necesitatea obţinerii unei dezbateri personale cu pacientul, care să nu fie dezumanizată, şi să ofere un suport psihologic, astfel încât să se ajungă la conformitate, respect şi chiar obedienţă (ascultare, supunere).

Tipuri de medici-paeienţi

Hipocrate, secolul IV i.c., medic grec, supranumit „părintele medicinei" a scris despre tranzacţia interpersonală dintre medic-pacient, medicul trebuind să încerce să modifice sentimentele negative ale pacientului şi frica, în speranţă şi comportament pozitiv.

Iuliu Hatieganu spunea că medicul, dacă e conştiincios în meseria sa, poate face minuni: „ştiinţa medicală e cea mai apropiată de suflet, fiind cea mai apropiată de om" şi „munca medicului nu e nici aparatul, nici siringa ci inima şi sufletul bun faţă de cel suferind". Să respectăm legea hipocratâ „unde e iubire de om e şi iubire de artă medicală". Acelaşi ilustru medic ne spune că un adevărat medic e nu numai vindecător de boli şi alinator de suferinţe ci şi un educator.

N.C.Paulescu cere medicului abnegaţie absolută de sine, să fie în acelaşi timp şi savant, dar şi o fiinţă care se jertfeşte pentru alţii până la moarte, să fie un învăţător al omeniei, un apărător al moralei. „Dacă voiţi să fiţi perfecţi, îngrijiţi bolnavul nu ca pe un om, nu ca pe un frate care suferă, ci ca pe însuşi Dumnezeu".

Legătura sufletească ce se stabileşte între medic şi bolnav îl transformă în prieten şi sfătuitor, naşte încredere, dă speranţă, putere şi sănătate. De aceea, de multe ori auzim de la bolnavi „medicii aceştia sunt oameni minunaţi, ar merita să li se sărute mîinile", iar noi ştim că doar părinţilor li se sărută mîna.

Octavian Fodor aminteşte printre aptitudinile necesare unui medic, dragostea de profesie ce presupune şi dragostea faţă de om, solidaritate afectivă, capacitate de identificare cu suferinţa şi speranţele bolnavului şi simţul umorului. Menţionează într-un articol intitulat „Medicină şi limbaj", că una din calităţile indispensabile ale unui medic adevărat este calitatea de a vorbi cu bolnavul la nivelul înţelegerii sale pentru neclintita lui încredere şi linişte sufletească.

Acum 40 de ani, Szasz şi Hollander au propus 3 modele de relaţie medic pacient.

1. Modelul activ-pasiv

în acest model medicul acţionează asupra pacientului care este total pasiv. Ex.r pacientul este inconştient, iar chirurgul îl operează, medicul are control şi responsabilitate absolută.

2. Modelul ghidare-cooperare

Se foloseşte când boala nu este foarte gravă. Medicul decide ce este mai bine pentru pacient, face recomandările şi aşteaptă ca pacientul să urmeze instrucţiunile pentru că „medicul ştie cel mai bine". Responsabilitatea este a medicului.

3. Modelul participare mutuală

Se bazează pe credinţa că medicul şi pacientul au un ţel comun: eliminarea bolii şi prezervarea sănătăţii. Medicul şi pacientul au puteri egale, relaţia este de interdependenţă, comportamentul lor trebuie să fie reciproc satisfăcător pentru ca relaţia să continue. Responsabilitatea este împărţită.

Un model mai nou este oferit de psihologul George Stone, numit modelul tranzacţional al sănătăţii.

Pentru a evalua calitatea actului medical sunt indicate 3 stadii:

1. anamneză şi explorarea simptomelor de către medic;
2. precizarea diagnosticului şi decizia în legătură cu tratamentul;
3. complianţa la tratament.

în primul stadiu pacientul prezintă problema medicului în termeni uzuali, iar medicul îl transformă în termeni pur medicali.

în al 2-lea stadiu, medicul ia o decizie în legătură cu diagnosticul şi alege un tratament (în funcţie de cost, efecte adverse, restricţii, durata). Modelul tranzacţional este asemenea modelului mutual în care medicul trebuie să se sfătuiască cu pacientul în legătură cu toţi paşii terapeutici.

în al 3-lea stadiu, în mod tradiţional, întreaga responsabilitate de a urma tratamentul cade pe umerii pacientului.

De fapt în modelul tranzacţional, întreaga responsabilitate este împărţită, se urmăreşte evoluţia sub tratament şi se fac retuşuri la nevoie.

Medicul trebuie să dezvolte o altfel de atmosferă, în care pacientul să-şi recunoscă greşelile (nu a urmat tratamentul), să poată cere ajutor.

Trebuie ţinut cont şi de personalitatea pacientului, pentru că nu la toţi li se potriveşte modelul tranzacţional, unii poate vor să se simtă total îngrijiţi şi urmăriţi fără a li se cere acordul sau părerea.

In cartea autorului Gheorghe Stan se spune că „într-un concept de pedagogie medicală modernă, medicul trebuie să ştie, să ştie să facă şi să ştie să fie medic".

Unitatea dintre „a şti şi a şti să fie" atestă cuplul dintre competenţă şi datorie, morală în realizarea actului medical, motiv pentru care în medicină, competenţa devine o datorie morală.

De aceea, pe lângă cunoştiinţele tehnice, indispensabile succesului profesional, medicul trebuie să ştie să dispună şi de o înaltă cultură umanistă, sensibilitate, în scopul de a valoriza la maxim actul său în interesul oamenilor şi al societăţii. Pentru aceasta trebuie să fim „împinşi" în acceptarea acestei profesiuni numai de vocaţie, de motivaţia autentică a ajutorului interuman.

Medicul trebuie să găsească singur soluţii de conştiinţă în fiecare situaţie profesională în parte. Codurile de deontologie medicală vor fi doar un ghid în găsirea acestor soluţii.

Aceasta explică faptul că la succesele tehnice ale medicinii actuale (ex. reanimarea indefinită cu producerea acelor „morţi vii", recoltarea de organe unice pentru transplante, reproducerea artificială, etc) se caută răspunsuri etice specifice cu implicaţiile lor.

Ştiinţele comporta meniului

Medicul trebuie să fie bun, în înţelesul nobil al cuvântului şi nu trebuie lăsaţi bolnavii să se simtă singuri; aceea frică de spital este frica de necunoscut, a cărei rezolvare stă în mâna medicului, a personalului medical

Să nu se uite că prin persoana bolnavului este întotdeauna, inevitabil, lovită familia. Ajutorul acordat celor din familie constituie o componentă preţioasă a asistenţei medicale.

în legătură cu bolnavul, viaţa trupului reflectă prin natura sa şubrezenia condiţiei umane, boala şi suferinţa sunt privite ca o indispoziţie a întregii persoane. De aceea în practică pentru protejarea medicului ca persoană sunt astăzi folosite asigurările medicale de malpraxis.

O situaţie ideală este când medicul explică în detalii procedurile medicale pacientului. Astfel sunt descrise toate riscurile posibile, se vorbeşte despre rezultatele aşteptate şi se crează o relaţie de încredere medic-pacient.

Dacă rezultatele tratamentului nu sunt cele aşteptate, pacientul este informat şi ia parte activă la următoarele decizii, în aceste condiţii pacientul reacţionează relativ bine faţă de problemele ce apar, chiar faţă de eroarea medicului.

Rar, apar cazuri când un tampon sau un microinstrument chirurgical este uitat în pacient în timpul operaţiei. Surprinzător, medicul nu este obligatoriu dat în judecată. Dacă comunicarea cu pacientul este deschisă şi onestă, cei doi încearcă să găsească o soluţie a problemei fără implicarea avocatului.

Există multe cazuri în care medicul a avut o conduită ştiinţifică, folosind toate tehnicile medicale cunoscute, fără să neglijeze nici un aspect. Din cauza unor circumstanţe nefericite, rezultatele sunt totuşi mai puţin satisfăcătoare faţă de cum se aşteptau, iar pacientul iniţiază un proces de malpraxis.

Modalităţi de a scădea riscul proceselor de malpraxis

Academia Americană a Medicilor a elaborat un codice care curprinde sfaturi pentru medici:

In practica ta:

1) Trebuie să-ţi cunoşti propriile abilităţi, neajunsuri (cunoaşte-te pe tine însuţi);
2) Participă la educaţia medicală continuă pentru a fi familiarizat cu noile descoperiri, tehnici;
3) Ţine-ţi gândurile pentru tine (ţine-ţi pentru tine gândurile în legătură cu capacităţile altor medici); dacă se discută, trebuie făcut într-o manieră pozitivă;
4) încurajează conducerea spitalului să stabilească un „comitet de management al riscului", care să investigheze toate incidentele pentru a putea evita pe viitor altele;
5) Fă-ţi asigurare de malpraxis cât mai repede.

Cu pacientul:

1) Implică-1 activ în tratament;
2) Explică-i riscurile, posibilele complicaţii şi discutaţi franc costul înainte de a începe tratamentul;

3) Evită să dezvoltaţi o relaţie părinte-copil cu pacientul;
4) La toţi pacienţii cu boli grave şi operaţii majore cere o a doua opinie şi înregistreaz-o în foaia de observaţie;
5) Fii complet onest î
6) Dacă pacientul dezvoltă complicaţii, fii onest î
7) Dacă pacientul este nesatîsfacut, confruntă-te cu el;
8) încearcă să rezolvi divergenţele amiabil;
9) Fii prevăzător cu pacienţii care trec de la un medic la altul;
10) Pacienţii care vorbesc de rău pe alţi doctori, posibil că vă va include curând în acelaşi grup;
11) Dacă medicul simte că îl respinge pe pacient, oportun ar fi să-i sugereze un alt doctor;
12) Fii pe post de avocat pentru pacientul tău;
13) Dacă pacientul are un incident neprevăzut în spital (ex. se loveşte căzând din pat), serveşte-1 ca un avocat şi prezintă problema sa administraţiei spitalului;
14) Asigură-te că totul este rezolvat înainte ca pacientul să părăsească spitalul.

Comunicare medic-pacient

în toate culturile, anumiţi indivizi erau destinaţi îngrijirii bolnavilor:

- în cultura tradiţională mexicană, „curandero" tratează pacienţii folosind simboluri religioase şi remedii vegetale;
- în cultura americană indiană, marii vindecători recurgeau la o varietate de tehnici incluzând dansul, tobele.

Spre deosebire de medicii din Rusia care erau cu un statut neglijat, în America, medicii aveau prestigiu şi puteri mari. Americanii nu-şi adoră liderii, muncitorii, aşa cum ţin la medici.

Studii de peste 30 de ani arată că profesia de medic este a doua ca prestigiu, după justiţia Curţii Supreme, deşi percepţia publicului a devenit, în ultimul timp, mai negativă în legătură cu calitatea medicilor.

Medicul este privit cu respect şi ca un simbol al puterii din 3 motive majore:

- munca medicului necesită un grad înalt de competenţă;
- se aşteaptă de la cei ce lucrează în domeniul sănătăţii să pună pe primul loc binele bolnavului, iar banii, puterea, chiar competiţia intelectuală să fie pe locul doi;
- medicul este văzut ca o persoană care nu-i judecă pe pacienţi, este din punct de vedere emoţional neutru (el află informaţii intime despre pacient).

Studiile arată că comunicarea defectoasă medic-pacient şi erorile de diagnostic-tratament sunt strâns corelate.

Principalele bariere ale comunicării sunt reprezentate de jargonul medical şi comunicarea non verbală.

Din cauză că jargonul medical este familiar medicului, el se gândeşte că şi pacientul înţelege ceea ce spune. De asemenea, medicii utilizează un limbaj abreviat atunci când vorbesc între ei când discută despre starea pacientului, chiar în faţa acestuia, uneori.

Ex: DOA = dead on arrival (mort la sosire);
zero delta = nici o schimbare în starea pacinetului;
oizi = steroizi De ce este utilzat limbajul medical ?

- medicul speră că pacientul nu-1 înţelege (evită să comunice cu pacientul);
- o comunicare redusă cu pacientul, protejează medicul de a face fată reacţiilor emoţionale ale pacientului;
- limbajul medical poate împiedica pacientul să descopere neglijenţa, eroarea medicului sau îl salvează pe medic de a se confrunta cu propriile emoţii în

final s-a sugerat că acest control al deţinerii informaţiei reprezintă o măsură a puterii medicului asupra pacientului.

Comunicarea non verbală se referă la expresiile faciale, tonul vocii, gesturi, atingeri, care înlocuiesc limbajul; uneori sunt mai importante decât cuvintele.

în adiţie cu comunicarea non verbală, pacientul tinde să fie specializat în expresivitate non-verbală, adică unele infomaţii ale pacientului sunt emise prin canalele non verbale. Marea majoritate a medicilor ştiu să recunoască aceste mesaje.

Forţa şi expresia facială

Hipocrate indică importanţa studiului feţei.

O faţă cu nasul ascuţit, ochii înfundaţi în orbite, obrajii subţiri, urechile reci şi lobii distorsionaţi, pielea uscată, palidă, cenuşie „în mod obişnuit anunţă" moartea.

în afară de faptul că ajută la diagnosticarea unor boli genetice, expresiile faciale furnizează informaţii valoroase.

Nu este nici o îndoială că informaţii despre intensitatea durerii şi alte afecte negative (frică, tristeţe) sunt comunicate prin intermediul feţei, chiar dacă pacientul nu este deplin conştient de acest lucru.

Cele 6 expresii faciale de bază, uşor de recunoscut sunt: bucuria, furia, tristeţea, surpriza, dezgustul şi frica. Deci pacientul poate uşor citi dezgustul asistentului vis-a vis de o rană sau diformitate, mânia medicului că pacientul nu a urmat instrucţiunile, sau frica de agravare.

<u>Atingerea</u>

Este una din cele mai vechi şi mai răspândite forme de tratament medical tradiţional;

Timp de sute de ani în Evul Mediu, europenii căutau eliberarea de „scrofuloză" (tuberculoză a căilor limfatice) prin „atingerea regelui", deci prin „eliberare divină".

Pacientul se simte mult mai bine după un examen fizic de rutină, dar se poate şi plânge „că medicul nici nu 1-a atins".

Valoarea simbolică a atingerii medicale poate fi văzută cu uşurinţă în medicina folclorică. Vindecătorii prin credinţă au utilizat mîinile pentru a lua „boala, fiind ajutaţi de un spirit".

Practica medicală implică palparea, percuţia, luarea temperaturii, injecţiile, măsurarea TA, examinarea gâtului, folosirea stetoscopului, deci atingerea.

Examinări ca şi palparea sânului, tuşeu vagial, palparea prostatei, implică atingeri din partea unor străini.

Nu este nici o îndoială că atingerea poate fi uneori comfortabilă, alteori creează emoţii. Sunt variate răspunsuri la atingere. Atingerea este în legătură cu intimitatea şi puterea.

Studii pe maimuţe, în care mama a fost înlocuită cu un surogat (cârpe, păpuşă) au reflectat importanţa atingerii pentru dezvoltare. S-a observat că puii de maimuţă preferă un surogat cu blăniţă, decât un surogat din cârpă, dar care prezintă şi un dispozitiv ce-1 alăptează.

Lipsa atingerii a fost implicată în boli de piele. Lovituri uşoare, masaj blând, „scărpinarea" spatelui reduc tensiunea.

Privirea şi tonul vocii

O fixare cu privirea poate fi plăcută dacă atmosfera este pozitivă, sau poate facilita comunicarea într-o situaţie benignă; pe de altă parte poate fi percepută ca şi ameninţătoare, într-un context negativ.

De exemplu, privirea unei asistente simpatice sau a medicului, privire care nu este grăbită, poate încuraja pacientul în situaţii dificile sau să aducă în discuţie subiecte neplăcute.

Un medic care se uită doar pe analize şi evită privirea pacientului, are dificultăţi în a stabili o relaţie pozitivă cu pacientul.

Pe de altă parte, o privire excesivă asupra pacientului, îl poate face pe acesta să se simtă ca un ciudat, sau o persoană rea. Refuzul de a-1 privi sau fixarea constantă (la diformitatea cuiva, sau la o persoană pe moarte) este interpretată de pacient ca fiind de rău augur.

Emoţii ca şi frica, furia, tristeţea, interesul, bucuria, durerea, se transmit prin tonul vocii.

Alt mesaj exprimat prin tonul vocii poate da detalii despre natura relaţiei interpersonale.

Un exemplu este „baby talk" (vorbirea bebeluşului); este tonul utilizat de părinţi cu copii; poate să apară şi între medic şi pacient (mai ales cu bătrânii instituţionalizaţi).

Deşi această vorbire sună pozitiv, ea sugerează şi faptul că cel ce ascultă este dependent, subordonat, pasiv.

Tonul vocii este important şi pentru trasmiterea deciziilor; este un aspect asemănător efectelor placebo. De exemplu, într-un studiu s-a găsit o relaţie direct

proporţională între cantitatea de „mânie" prezentă în vocea doctorului şi aderenţa la tratament a pacientului cu alcoolism.

în general medicul cu un control mai bun asupra expresiei emoţionale, din tonul vocii sunt mai plăcuţi de pacient.

Mirosul şi distanta

Comunicarea prin mirosuri este importantă în câmpul medical. Anumite medicamente şi tratamente pot produce mirosuri neplăcute pentru pacient.

Diferite boli afectează mirosul emanat (respiraţie sau flatulenţă), prin acţiunea asupra tactului intestinal, uzul anestezicelor, alcoolului, şi a altor chimicale, pot înconjura medicul cu anumite mirosuri.

O persoană rea poate fi etichetată ca „împuţită". Medicii, Iară să ştie, privesc un pacient care „miroase", chiar independent de voinţa sa5 ca şi delăsător, fără grijă pentru igienă, simţămintele care pot fi transmise prin expresia facială.

Mirosul are puterea de a trezi amintiri, plăcute sau neplăcute, care se corelează cu expectanţele persoanei.

Persoanele care au un miros urât se pot simţi stânjenite sau nedorite şi pot evita vizita la medic, sau îşi pot evita prietenii, evită contactul social.

Antropologistul Edward Hali (1966) a scris despre efectele distanţei interpersonale. El distinge 4 zone spaţiale:

- distanţa intimă;
- distanta personală (o sferă mică, personală, protectivă);
- distanţa socială (pentru interacţiunea socială);
- distanţa publică.

De exemplu, un doctor la vizită, cu un grup de studenţi, dacă stă în colţ, opus pacientului în salon şi se adresează (distanţa publică - astfel încât toată lumea să poată auzi), punând întrebări intime, poate supăra pacientul. Problemele intime trebuie discutate la distanţă intimă.

Unul din cele mai importante aspecte ale comunicării efective implică nu atât ce este spus sau cum este spus ci gradul de congruenţă (suprapunere) între semnalele verbale sau non verbal.

O categorie majoră de comunicare non verbală include poziţia corporală şi gestică.

Ţinuta, mişcările mîinilor, cum este înclinată o persoană, autoatingerea, bătaia din picioare au un rol important în interacţiunae imediată (de exemplu, înclinarea corpului în faţă semnifică interesul).

Există unii teoreticieni care susţin că elementele de decepţie sunt emise mai degrabă de comportamentul corporal, decât de expresia facială. Ideea de bază este că mulţi oameni au învăţat să-şi controleze expresia facială, dar mai puţin mişcările corpului.

Studiile au arătat că consilierii sensibili la limbajul corporal erau mai eficienţi din punct de vedere clinic, şi pacienţii erau mai mulţumiţi.

Este imposibil să asociezi o mişcare particulară a corpului sau un ton al vocii cu un anumit înţeles,

Oricum, orice modificări în comportamentul normal sunt probabil semnale pentru decepţie: pumni încleştaţi, mîini, picioare, corp tremurând, bătaia tactului, fumatul, picioare, braţe strîns încrucişate.

*Aderenta **(complianţă) la tratament***

Aderenta la tratament se referă la măsura în care pacientul urmează recomandările medicului; poate fi privită ca o formă de luare de decizii.

In trecut se foloseau mai frecvent termenul de complianţă. Di Matteo şi Friedman au pledat pentru termenul de aderenţă, ca fiind mai satisficător. Termenul de complianţă tinde să reflecte şi să perpetueze imaginea pacientului ca şi pasiv, incapabil să ia decizii singur. Expectaţiile pacientului fată de medic sunt: „medicul este atotştiutor şi puternic", deci el poate decide ce este mai important pentru pacient. Atitudinea medicului versus nerespectarea recomandărilor sale: „pacientul este de vină".

Termenul de „aderenţă" se formează pe ceea ce pacientul face, în timp ce „complianţă" pe ceea ce pacientul este.

Kristeller şi Rodin au sugerat că printr-un cuvânt se descrie un întreg proces, ce poate fi divizat în 3 stadii:

- Complianţă: acordul iniţial şi efectuarea tratamentului din partea pacientului;
- Aderenţa: acceptarea unui plan de tratament chiar în condiţiile explicării apariţiei de reacţii adverse;
- Menţinerea: comportamentul în ce priveşte stilul de viaţă corelat cu starea de sănătate.

Acest model de stadii multiple subliniază rolul activ al pacientului în autoreglarea tratamentului.

Eşecul în aderarea la tratamentul medical compromite beneficiul total al tratamentului, crescând rata de morbiditate şi mortalitate, de asemenea strică relaţia medic-pacient (care este dezamăgit) şi creşte costul îngrijirii medicale.

în general eşecul aderenţei se datorează neînţelegerii tratamentului de către pacient, faptul că nu doreşte acel tratament, sau nu poate să ia acel tratament. Aceste fenomene sunt consecinţe atributelor psihologice ale pacientului, caracteristicilor de mediu sau situaţilor specifice tratamentului sau a naturii reiaţiei medic-pacient.

în modelul lui Masur, aderenţa este văzută în funcţie de 4 variabile:

1. Capacitatea bolnavului de a urma un tratament corect (trăsătură intrinsecă a pacientului de a urma medicaţia şi ea depinde de motivaţia pentru sănătate, motivaţia aderenţei);
2. Factori care ar putea modifica această capacitate în situaţii speciale - include caracteristici demografice ale pacientului, caracteristici ale programului de tratament;
3. Condiţii anterioare exprimării acestei aderenţe:

•componente interne: senzaţii de discomfort;
•componente externe: amintiri legate de aderenţe.

4. Consecinţele aderenţei sau eşecului de a adera la tratament:

•fenomene interne: anularea durerii; •fenomene externe: preţul medicamentului.

Cinci strategii majore sunt utilizate curent pentru măsurarea aderenţei:

1. Ameliorarea simptomatologiei clinice

•se presupune că dacă pacientul ia medicaţia prescrisă, atunci se va îmbunătăţii starea lui. De aceea eşecul se pune pe seama neaderentei la tratament;
•situaţia pacientului se poate îmbunătăţii fără nici o legătură cu medicaţia, doar prin modificarea dietei sau reducerea conflictelor de acasă;
•uneori pacientul ia o serie de medicamente, făcând imposibil la un moment dat să-şi dea seama care medicament a îmbunătăţit simptomatologia.

2. Ceea ce raportează pacientul

•este greu de depistat care din pacienţi aderă la tratament şi care nu.

3. Măsurarea medicamentelor

•verificarea reţetelor, numărarea tabletelor;
•se pune întrebarea dacă tabletele care lipsesc chiar au fost luate de pacient î

4. Monitorizarea medicamentelor

•este posibilă atunci când se iau cât de cât regulat;
•sunt împachetate împreună cu un film sensibil la lumină;
•se utilizează mai ales pentru tuberculostatice.

5. Analiza chimică

•teste de urină, sânge (reprezintă acurateţea cea mai ridicată)

S-a estimat costul anual al neaderenţei la tratamentul prescris pe reţete: este de 400-800 milioane de dolari (Food and Drug Adrninistration), acest lucru datorându-se:

• neaderenţei care este uneori tot atât de gravă ca şi faptul că nu se iau medicamentele;
• duce la întâlniri mai dese cu clinicianul;
• uneori duce la agravarea bolii, necesitând tratament şi examinări mai scumpe.

Complexitatea tratamentului pare să se coreleze invers proporţional cu aderenţa: cu cât este mai complex tratamentul cu atât aderenţa este mai scăzută. Complexitatea tratamentului se poate referi la medicamantele multiple prescrise, orarul prescrierii, dozajul, secvenţa, orele la care se iau medicamentele.

Medicamentele care au reacţii adverse nu au aderenţă mai redusă decât cele fără reacţii adverse.

Cei care au o boală cronică (ex. diabetul zaharat) şi au tratament de lungă durată, au o aderenţă mai scăzută la tratament.

Miller a sesizat această scădere în aderenţă ca fiind o funcţie a mecanismului de recompensă, adică beneficiul imediat este mai eficace decât cel întârziat. Acest fapt explică şi eşecul măsurilor profilactice.

Factori demografici şi aderenţa

Studiile au arătat că aderenţa este o funcţie între boală, gen, vârstă. Kasl a notat că oamenii în vârstă sunt mai aderenţi la tratamentul împotriva HTA, în timp ce tinerii aderă mai frecvent la tratament pentru scăderea colesterolului.

De asemenea, dacă un bărbat vrea să se lase de fumat, efortul său este accentuat dacă soţia dezaprobă fumatul.

Pacienţii care nu au bani pentru medicamente prescrise, nu-şi cumpără acele medicamente.

Pacienţii fără acces la transport, nu se deplasează pentru a beneficia de anumite servicii. Pacienţii cu alte probleme (de ex. un copil bolnav) nu se preocupă de propria boală.

Factori psihosociali şi aderenţa

Sunt 4 tipuri de caracteristici ale pacientului care au fost asociate cu aderenţa:

- personalitatea;
- caracteristicile psihodinamice;
- deficientele învăţate;
- lipsa de informare.

1) Aderenţa - este legată de anxietatea pacientului

Nivelul de anxietate a pacientului prea mare sau prea mic este asociat cu eşecul aderenţei.

Pacienţii care sunt mai puţin vulnerabili, ameninţaţi de boală, care sunt mai puţin preocupaţi de sănătatea proprie, care cred că medicina modernă nu este prea eficace, care cred că costurile medicale sunt prea mari, au o aderenţă joasă.

2) Alt grup de teoreticieni se gândesc la aderenţă în termeni psihodinamicL adică comportamentul lor reflectă o problemă mai adâncă, ca şi rezistenţa, ostilitatea faţă de autoritate, frica de dependenţă, furia.

3) Un alt grup vede eşecul aderenţei ca rezultat al limitării intelectuale a pacientului, care poate fi corectată prin informaţii pertinente, adecvate pacientului,

4) Alţii spun că e vorba de un defect cognitiv, corectabil printr-o informare corectă.

Deoarece comunicarea orală dintre pacient-medic este adesea incompletă, nesatislăcătoare, atenţia este îndreptată spre informaţiile scrise.

Majoritatea pacienţilor doresc informaţii scrise în legătură cu tratamentul Critica care se aduce informaţiei scrise este limbajul prea difîcil-neclar, prea tehnic, ambigu, de neînţeles. De aceea se încearcă îmbunătăţirea informaţiei despre medicament; dovedindu-se că informaţia eficientă poate reduce noncomplianţa cu 10% salvându-se 40-80 milioane de dolari/an din costurile pentru sănătate.

Interacţiunea medic-pacîent

Trebuie privită ca responsabilitate împărtăşită pentru un final de succes. Există mai multe tipuri de interacţiuni.

Medicul este partea activă, iar pacientul partea pasivă, asemănător practicii medicinei veterinare, sau relaţie părinte-copil; o alternativă la această situaţie este o interacţiune colegială, pacientul având un rol activ, autoreglator în tratament.

S-a ajuns la concluzia că factorul cel mai important în determinismul aderentei este relaţia medie-pacient

Dunbai şi Stunkard au ajuns la concluzia că aderenta este îmbunătăţită dacă pacientul are o relaţie constructivă cu medicul

Doi factori sunt importanţi în această relaţie:

- calitatea informaţiei

Şi

- nivelul raportului (componenta instructivă, intelectuală şi componenta afectivă).

De asemenea, aderenţa este dependentă de faptul că ei se simt bine în legătură cu felul în care au fost trataţi.

Janis a constituit un model de „luare a deciziilor personale", util în înţelegerea aderenţei la tratament prin prisma conflictului decizional.

Janis vorbeşte despre conflictul decizional, ca rezultat al tendinţelor opuse, ce apar simultan, de a accepta sau respinge un tratament indicat, aşa numita „ambivalenţa".

Decizia de a adera la un tratament nu poate fi luată cu uşurinţă. Din punct de vedere psihologic, pacientul poate să aleagă să nu adere la tratament, ca măsură de a-şi reduce anxietatea generală generată de nevoia de a alege. Uneori este mai uşor să nu aderi la un tratament decât să aderi.

Janis a descoperit 5 mecanisme de apărare:

-neaderenţă neconflictuală - datorată complacerii în situaţie sau negării ei;

-aderenţă neconflictuală - accept prompt, fără comentarii a oricărei sugestii de tratament a medicului, iară a se gândi la consecinţe;

-neaderentă conflictuală (evitare defensivă) - se bazează pe anxietate ridicată, cu negarea simptomatologiei evidente;

-hipervigilenţă, asociată cu conflict, panică, decizia este luată impulsiv;

-vigilenţă - căutarea informaţiilor pertinente, deciziile fiind luate în deplină „cunoştiinţă de cauză".

Primele 4 mecanisme sunt iraţionale şi maladaptive, al 5-lea este raţional şi de dorit, cu excepţia situaţiei când pericolul este iminent şi se cere decizie rapidă.

VIII. Responsabilitatea civilă a medicului

Aceasta înseamnă respectarea în activitatea medicală a "regulilor mari" de responsabilitate medicală.

Aplicarea activităţii medicale conform „marilor reguli" a responsabilităţii contractuale implică „întâlnirea" a trei condiţii clasice:

- o greşeală,
- un prejudiciu,
- o legătură de cauzalitate între greşeală şi prejudiciu.

Se va insista în mod deosebit asupra problemei greşelii.

Greşeala constă în necunoaşterea uneia din obligaţiile medicului, care dau greutate actului medical, obligaţii care se „articulează" în jurul noţiunilor cheie de conştiinţă şi ştiinţă („Medicina este ştiinţă şi eonştiintă"-Iuliu Hatieganu),

Există două mari categorii de greşeli medicale:

- Greşeli faţă de conştiinţa medicală;
- Greşeli faţă de ştiinţa medicală.

1) Greşeli faţă de conştiinţa medicală

Conceptul de conştiinţă acoperă pe de o parte problema informării şi a consimţământului pacientului, iar pe de altă parte obligaţia medicului de a se dărui trup şi suflet, în totală independenţă, asistenţei medicale.

a) Informarea şi consimţământul (acordul) pacientului.

Conştiinţa medicului impune obligaţia fundamentală de a informa pacientul şi de a "primi" consimţământul declarat (acordul) faţă de investigaţiile şi asistenţa diagnostico-terapeutică care i se propune, literatura subliniind "greutatea" acestui principiu al informării. Dacă informarea nu este respectată şi bolnavul nu cunoaşte riscurile care pot apare, se ajunge la "punctul esenţial", în contencios. Obligaţia de a avea acordul bolnavului este impusă din respect faţă de om, iar încălcarea acestui principiu constituie pentru medic o insultă grava adusă drepturilor bolnavului. Informarea pacientului se poate face prin diferite mijloace, în scris sau cu "martori".

Se ridică probleme privind extinderea şi natura riscurilor care trebuie spuse sau subliniate pacientului.

în ţările civilizate, înainte de 1990, jurisprudenţa dispensa medicul de a semnala pacientului său riscurile, care pot apare în mod excepţional, fapt care a fost contestabil, pentru că fiabilitatea unor statistici privind riscurile este incertă.

Mai existau şi unele variabile, cum ar fi experienţa şi calitatea practicianului ! Cu alte cuvinte nu se ţinea seama de particularităţile pacientului, atât în ceea ce priveşte natura şi gravitatea afecţiunii sale, cât şi vârsta şi situaţia sa familială sau profesională.

Informarea trebuie făcută în cazul oricărui act medical, dar mai ales în cel cu risc grav. Riscurile grave sunt cele care pot duce la moarte sau care alterează o funcţie vitală, în sensul vieţii cotidiene (de ex, invaliditate pe viaţă). Dar, jurisprudenţa nu exclude, în mod excepţional, o limitare a informării fondată pe imperativele terapeutice. Această limitare trebuie bazată pe motive legitime şi în interesul pacientului, acest interes fiind apreciat în funcţie de natura patologiei, de evoluţia sa previzibilă şi de personalitatea bolnavului.

Doctrina jurisprudenţei în materie de informare medicală s-ar putea prezenta sub forma următoarelor 6 puncte:

•un medic trebuie să-i dea pacientului său o informaţie loială, clară şi personalizată privind riscurile grave aferente investigaţiilor şi asistenţei propuse sau pe care bolnavul o pretinde;

•medicul trebuie să aducă motivarea, respectiv proba, care să-1 informeze pe pacient, fără să vrea să-1 convingă "forţat" de reuşita unui act medical, sugerând că ar fi lipsit de pericole !

•această informaţie poate fi făcută prin toate mijloacele (scris, martori sau prezumţie);

•faptul că un act medical este cu risc, dar din punct de vedere medical necesar sau faptul că riscul nu apare decât excepţional, nu justifică limitarea informaţiei;

•în principiu, nu poate fi derogată informarea decât în caz de urgenţă, de imposibilitate sau de refuz a pacientului de a fi informat; •informarea unui pacient poate fi limitată din motive terapeutice, dar în interesul său, acest "interes" trebuind să fie apreciat în funcţie de natura patologiei, de evoluţia sa previzibilă şi de personalitatea bolnavului.

Trebuie subliniat în acelaşi timp că informarea bolnavului nu se limitează doar la riscurile actului medical (!), deşi cele mai multe procese au această ţintă. Faptele trebuie văzute în dimensiunea lor globală, în cadrul cărora riscurile nu sunt în ultimă instanţă decât unul din elementele luate în consideraţie, deşi ele sunt foarte importante.

Informarea se face relativ la: •starea pacientului şi evoluţia previzibilă, ceea ce necesită explicaţii asupra bolii sau a stării patologice şi asupra evoluţiei sale, cu sau fără tratament; •descrierea şi derularea examinărilor, a investigaţiilor, a asistenţei, a terapiei, a intervenţiilor avute în vedere şi alternativele lor; •obiectivul a celor enumerate anterior, utilitatea şi beneficiile scontate; •consecinţele şi inconvenientele acestora; •complicaţiile şi riscurile lor, chiar excepţionale fiind !; •precauţiile generale şi particulare, recomandate p

şi pe relaţiile de încredere care se stabilesc între ei, obligă practicianul de a asigura el însuşi asistenţa şi urmărirea evoluţiei pacientului. Medicul are în acest context independenţa sa profesională în exercitarea cunoştinţelor sale, aceasta constituind unul din principiile generale ale dreptului.

Care ar fi consecinţele responsabilităţii unui practician?

- El are, de la început, obligaţia de a asista el însuşi pacientul şi dacă el nu poate, va face apel la colegi sau la auxiliari medicali competenţi;
- El răspunde de greşelile persoanelor care-1 ajută sau îl substituie, fără acordul pacientului său;
- El nu se poate "ascunde" în spatele unui diagnostic stabilit de un alt medic, pentru a scăpa de responsabilitate şi nici să efectueze controlul pacientului în locul colegilor săi; el trebuie să vegheze, astfel încât controlul său să fie activ.

2) Greşeli faţă de ştiinţa medicală (medicină)

Aceste greşeli se fac şi se repetă în jurul cunoştinţelor care ar trebui dobândite (câştigate) în ştiinţe ("noutăţi recunoscute, de ultimă oră") pe care medicul nu le posedă şi deci nu poate efectua un act medical precis, performant (de cel mai bun nivel).

a) Datele noi în medicină (cunoştinţele dobândite datele actuale)

Medicul este obligat de a acorda asistenţă conform cunoştinţelor noi din medicină, adică datele efectiv cunoscute şi recomandate în literatura medicală internaţională şi în ţara respectivă la data acordării asistenţei.

Noţiunea fundamentală, cea de "cunoştinţe dobândite în ştiinţă", se obţine din tratatele şi lucrările de referinţă (la zi!), dar şi de la congrese sau conferinţe de consens care reunesc autorităţi (personalităţi) recunoscute ale profesiei medicale.

b) Obligaţia corectitudinii actului chirurgical sau de chirurgie dentară (buco-maxilo-facială).

Practicianul care a stabilit un diagnostic corect, informează pacientul său de riscurile posibile şi ia precauţiile necesare, înconjurându-se de o echipă competentă care trebuie să fie ireproşabilă, inclusiv din punct de vedere tehnic. Este vorba de corectitudinea actului chirurgical ceea ce nu are, din păcate, ca rezultat întotdeauna vindecarea.

Această obligaţie a preciziei actului chirurgical sau a manoperelor, respectiv intervenţiilor din chirurgia dentară, feresc chirurgul de culpă medicală, dar nu şi de rarele (şi greu acceptabile !) accidente,

c) Adaptări specifice

Greşeala recunoscută de către un medic nu este de natură să angajeze responsabilitatea sa numai dacă a cauzat un prejudiciu pacientului său şi numai dacă există o legătură de cauzalitate între greşeală şi prejudiciu.

Acţionând asupra prejudiciului, totul se poate repara, conform dreptului comun al responsabilităţii: prejudiciu fizic, moral, material, economic al victimei sau prejudiciu prin "ricoşare", referit la o a terţa persoană, din cauza suferinţelor somatice sau neuro — psihice ale victimei.

Evaluările acestor prejudicii sunt conform cu regulile care se aplică privind judecarea "insultelor" corporale. Autorul unei greşeli nu poate fi "condamnat" la repararea greşelii numai dacă greşeala sa a contribuit în mod direct la producerea daunelor (şi-a căror reparaţii sunt pretinse !),

Problema prejudiciului şi a liantului de cauzalitate cu greşeala comisă a dezvoltat un proces de adaptare specifică, de la conceptul pierderii şansei şi a situaţiei particulare a consecinţelor defectului de informare, la alte adaptări privind concursul la asistenţă adus de mai mulţi medici şi a unei emergente detaliate a resposabilitâţii iară greşeală, care exclude reparaţia consecinţelor hazardului terapeutic.

S-a subliniat importanţa obligaţiei de informare a pacientului. Există însă posibilitatea ca medicul să nu-şi informeze pacientul şi deci să nu obţină acordul acestuia, iar pe de altă parte ca el să nu fi iacut nici o greşeală diagnostică şi mai ales terapeutică, dar tratamentul să-i dăuneze bolnavului. Este dificil, cel puţin "a priori", a stabili o legătură între un simplu defect de informare şi dauna cauzată bolnavului prin actul medical, acesta efectuat de fapt fără greşeală. De asemenea, există numeroase cazuri în care legătura de cauzalitate între greşală şi daună nu este sigură. Astfel, de exemplu un medic a acordat asistenţă cu o "întârziere" care este văzută ca „greşeală", dar nu se poate stabili dacă această asistenţă, dacă ar fi fost îndeplinită la timp, ar fi reuşit să vindece bolnavul.

Teoria pierderii şansei reglează dificultatea, căci ea modifică obiectul legăturii de cauzalitate. Nu mai este vorba de a dovedi că greşeala practicianului este cauza sigură şi directă a daunei, ci doar de a stabili că această greşeală 1-a privat de şansa de a se vindeca, de a evita sechelele sau de a muri. Legătura de cauzalitate, care trebuie să fie sigură şi directă, se situează între greşeală şi pierderea şansei. Dacă şansa există, poate exista reparare; în schimb, dacă nici un element nu permite afirmarea existenţei şansei, nu poate fi vorba de o reparare.

Actualmente, repararea prejudiciului apărut din insuficienţă sau incorecta informare a pacientului despre un anume risc, prezintă mai multe alternative:

- dacă judecătorii - în funcţie de elementele constituite în dosar - estimează că bolnavul ar fi refuzat intervenţia, dar medicul a efectuat-o totuşi, repararea tuturor prejudiciilor victimei va fi totală;
- dacă, invers, se reţine faptul că pacientul ar fi acceptat intervenţia şi a fost corect informat, el nu poate avea pretenţii de recuperare vis-â-vis de integritatea corporală, dar poate pretinde reparare pentru prejudiciul moral, în caz de greşeală î
- în situaţia intermediară, ipotetică, în care judecătorii consideră că ar exista doar o probabilitate că pacientul ar fi refuzat intervenţia, prejudiciile vor fi reparate într-o anumită proporţie, fracţionat.

Restul aspectelor privind responsabilitatea civilă a medicului sunt dezbătute la Medicina Legală.

IX. Canale, mesaje şi forme de feed-back prin care se realizează comunicarea interpersonală

Definirea comunicării

Comunicarea reprezintă, în sensul cel mai general, procesul transmiterii, recepţionăm, stocării, prelucrării şi utilizării informaţiilor. Prezenta ei caracterizează atât individul cât şi societatea pe toate treptele dezvoltării lor. Pentru om, principalul mijloc de socializare îl reprezintă comunicarea, personalitatea lui structurându-se într-un spaţiu de comunicare care îi este propriu. Pe de altă parte, sistemele şi structurile sociale îşi menţin stabilirea şi-şi realizează finalităţile prin mijlocirea multiplelor reţele de comunicaţii de care dispun. "Nu încape nici o îndoială, scria N. Wiener, că sistemul social este un tot organizat, ca şi individul, că el este unit laolaltă de un sistem de comunicaţie... în care procesele circulare de feed-back joacă un roi important" (N. Wiener, 1966).

"Toată viata şi toată societatea, laolaltă cu cultura, sunt o chestiune de comunicare", scria în acelaşi sens şi Constantin Noica (1987).

Comunicaţia a devenit obiect de cercetare interdisciplinară, fiind abordată din diverse unghiuri de vedere de ingineri, sociologi, psihologi, lingvişti, informaticieni, etc.

Primele demersuri teoretice, care au supus comunicaţia unui principiu metodologic de tehnicitate, au pornit din câmpul cercetărilor care vizau transmiterea sigură şi economicoasă a mesajelor prin sistemele de telecomunicaţii (Hartley, Gabor, Shannon).

Rod al acestor preocupări apare teoria matematică a comunicaţiei, expusă prima oară în formă sintetică de către Claude Shannon în 1948. Această teorie elaborează un model matematic al unui sistem de telecomunicaţie şi principalele teoreme referitoare ia comunicare.

Cel mai elementar act al comunicării presupune un **emiţător** care, utilizând un anumit limbaj, codifică un **mesaj** pe care urmează să-l transmită; un **canal** ce constă dintr-un mediu fizic care, în virtutea proprietăţilor sale, asigură transmiterea nealterată a acestui mesaj; şi un **receptor** care primeşte mesajul, îl decodifică şi îi identifică sensul.

Modelul legăturii informaţionale elaborat de teoria matematică a comunicaţiei (unitatea de măsură, procedeele evaluării cantităţii de informaţie ş.a.) a fost extins şi aplicat în afara domeniului telecomunicaţiilor, pentru care a fost elaborat, în lingvistică, estetică, psihologie, genetică, etc. în lingvistică a servit analizei proprietăţilor limbilor naturale, în psihologie s-a dovedit util la determinarea capacităţii de transmitere, receptare, de prelucrare a informaţiei de către om. Cercetările privind capacitatea fluxului informaţional vehiculat de om au constatat că la nivelul organelor de simţ sosesc în fiecare secundă IO^{11} biţi. Din aceştia, numai 107 biţi pot fi conduşi până la nivelul sistemului nervos central şi

doar 16 biţi în sfera conştiinţei umane. (A.Restian, 1977). Aceste constatări prezintă fiinţa umană ca pe "o componentă slabă a sistemului de comunicare". Cum spunea cu umor G.A.Miller, "omul prezintă o plajă îngustă, un nivel de zgomot ridicat, întreţinerea sa costă mult şi, din 24 de ore, doarme 8" (M.Dinu, 1997).

Comunicarea interumană este definita drept "transfer al informaţiei şi

înţelesului (semnificaţiei) de la o persoană la alta" (Davis şi Newstrom, 1985). Ea este considerată ca o punte de legătură între oameni, "un mijloc prin care o persoană transmite un mesaj alteia, aşteptându-se la un răspuns" (Johnson, 1986). Ea presupune cel puţin două persoane în care fiecare poate juca, alternativ, atât rolul de transmiţător (emiţător) cât şi de receptor.

Procesul comunicării include deci cinci faze (vezi figura 3).

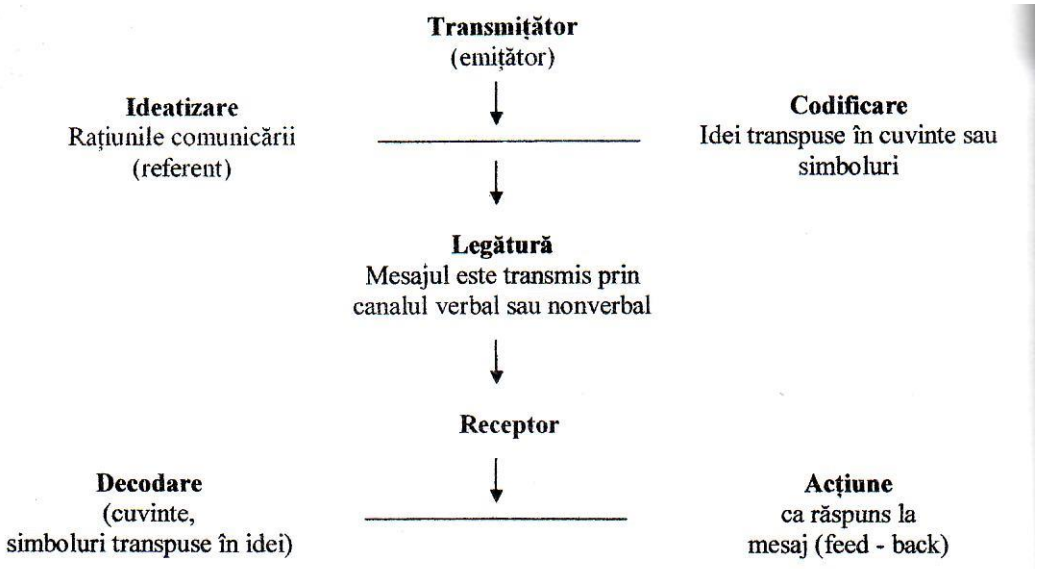


Figura 3. Elementele componente ale procesului de comunicare. Sursa: E.La Monica. Management in Health Care, Mac Millan L.T.D., London, 1994, p.175.

Transmiţătorul are o idee cu privire la referent (obiect, lucru, teorie etc.) pe care vrea să o comunice altei persoane (receptorului). Odată clarificată ideea, trebuie ales limbajul cel mai potrivit pentru a o transpune într-un mesaj, compatibil cu canalul pe care-1 utilizează pentru transmiterea lui. Trebuie avute în vedere atât limbajele verbale cât şi cele non-verbale. Receptorul trebuie să intre în rezonanţă cu transmitătorul, să primească mesajul, să-1 decodifice, trecând de la cuvinte (simboluri) la idee, şi să reacţioneze la mesaj.

Mesajul poate fi înmagazinat, reţinut sau ignorat. Receptorul poate, la rândul lui, emite un mesaj sau poate exercita pur şi simplu o acţiune ca răspuns la mesajul iniţial, feed-back. El devine transmiţător şi procesul continuă până când se opreşte comunicarea.

Evaluarea feed-back-ului este o cale pentru emiţător să verifice dacă mesajul a fost perceput conform intenţiei lui. Cerinţa oricărei comunicări este, desigur, concordanţa dintre mesajul transmis şi cel perceput de receptor. Funcţie de contextul în care are loc comunicarea, pot apărea distorsiuni în procesul transmiterii şi receptării, fiind necesare mesaje suplimentare pentru a clarifica semnificaţia mesajului, respectiv intenţia originară a emiţătorului.

Axiomele comunicăm

Studiul formelor de comunicare umană a câştigat în profunzime şi diversificare mai ales după deceniul V şi VI al secolului. O contribuţie însemnată au adus-o, în special prin aprofundarea dimensiunii nonverbale a comunicării, cercetătorii grupaţi în jurul prestigiosului Institute of Mental Research, fondat în 1959 de către psihiatrii Paul Watzlawick şi Don DJackson, la Palo Alto, lângă San Francisco. Ei şi-au înscris cercetările pe coordonate fixate înainte de Gregory Bateson care, preocupat de problemele de socializare, a aplicat metode cibernetice la studiul relaţiilor interumane. El considera comunicarea drept "matricea în care se înscriu toate activităţile umane", iar socializarea, "proces care permite copilului să devină membru al comunităţii sale", era văzută ca un proces comunicaţional în esenţa sa. (Bateson G., 1971, J. Lazar, 1991).

Formulând ipoteza "dublei constrângeri" (double bind), Bateson a încercat să explice originea schizofreniei infantile cu ajutorul teoriei comunicaţiei, aplicând această teorie la reţeaua de relaţii contradictorii dintre copilul mic şi mamă.

P.Watzlawick, DJackson şi J.Beavin (1972), sprijiniţi pe ideile lui Bateson, îşi realizează cercetările lor asupra comunicării într-un cadru de referinţă bine precizat, anume acela oferit de "sistemul de interacţiuni dintre mamă şi fiu, dintre mire şi mireasă, dintre medic şi pacient, etc." (vezi J.Lazar, 1991). Interesul lor s-a centrat cu deosebire pe efectele pragmatice ale comunicării umane - pe comportamentul uman şi mai precis, pe tulburările de comportament. Aceasta, în virtutea convingerii lor că descifrarea în profunzime a mecanismelor comunicării umane se poate face pornind de la situaţiile în care comunicarea suferă dereglări sau blocaje.

Cercetările lor în domeniul schizofreniei i-au condus, dincolo de rezultatele de ordin medical (semiologic, terapeutic), la enunţarea unor "axiome", a unor principii fundamentale ce caracterizează comunicarea interumană. Acestea sunt formulate în felul următor (M.Dinu, 1997):

Axioma 1: "Comunicarea este inevitabilă" sau, altfel spus, "Non-comunicarea este imposibilă", atâta timp cât între doi interlocutori comunicarea nu se limitează la componenta verbală ci include procesul complex al mişcărilor corporale voluntare sau involuntare, gesturilor, privirii, tăcerii, spaţiului individual, îmbrăcaminţii, care, toate au o valoare comunicativă foarte bogată. Poziţia corpului, expresia feţei, felul în care păşim pot comunica interlocutorului o

mulţime de informaţii despre starea sufletească, starea sănătăţii, atitudinea faţă de partener etc., chiar dacă n-a stat în intenţia comunicatorului să le transmită.

***Axioma** 2:* "Comunicarea se desfăşoară la două niveluri: informaţional şi relaţional, cel de-al doilea oferind indicaţii de interpretare a conţinutului celui dintâi".

în funcţie de natura relaţiei dintre interlocutori, aceiaşi informaţie poate fi transmisă pe un ton poruncitor sau rugător, într-o formă amabilă sau ostilă, efectul ei fiind, evident diferit. Dacă neînţelegerile de ordin informaţional pot fi rezolvate prin recursul la verificare (confruntarea cu sursele competente), cele de ordin relaţional pot cu uşurinţă degenera iremediabil. Tonul iritat sau batjocoritor, o privire sfidătoare etc., pot duce la întreruperea comunicării. Una dintre descoperirile cercetătorilor de la Palo Alto e tocmai aceea că atenţia acordată acestui plan al comunicării, distruge comunicarea. Când o relaţie este deteriorată, participanţii urmăresc cu mai mare atenţie simptomele relaţiei şi-şi vânează reciproc indiciile nonverbale, care ar justifica, în opinia lor, afectarea relaţiei: soţia îşi acuză soţul că i-a vorbit pe un ton arţăgos, că i-a răspuns plictisit etc. Concluzia ar fi că mecanismele comunicării reciproce "funcţionează bine exact atunci când nu le percepem" (M.Dinu, 1997).

Axioma 3: "Comunicarea e un proces continuu, ce nu poate fi tratat în termeni de cauză-efect sau stimul-răspuns".

Sensul axiomei e lămurit de autori prin câteva exemple: un soţ se închide în sine pe motiv că îl cicăleşte soţia; aceasta afirmă că procedează astfel, pentru a-1 scoate din pasivitate. Un patron îşi supraveghează excesiv salariaţii, motivând că altminteri greşesc; aceştia afirma că greşesc pe motiv că sunt prea strict supravegheaţi. Aici comunicarea pare segmentată în acte punctuale, interpretate drept cauze şi efecte. Dar ceea ce apare pentru unii drept cauze, constituie pentru alţii efect şi invers. Concluzia este că la comunicare participăm cu întreaga noastră experienţă anterioară şi nu avem o cauză unică pentru fiecare replică pe care o dăm celorlalţi: efectul unei comunicări depinde de conţinutul comunicărilor anterioare.

Axioma 4: "Comunicarea îmbracă fie o formă digitală, fie o formă analogică."

în cazul utilizării unei logici binare (de tipul "totul sau nimic"), avem de-a face cu o formă digitală; în cazul utilizării unei logici cu o infinitate continuă de valori, avem forma analogică. De exemplu, o persoană poate fi, în funcţie de sex, ori bărbat, ori femeie (logică binară); în funcţie de un criteriu moral sau de criteriul competenţei, persoana se poate înscrie într-un registru continuu de valori, extrem de larg.

Modalitatea lingvistică de comunicare ar fi digitală, pe când cea paralingvistică (intonaţie, ritm, timbru etc.) ar fi analogică.

Axioma 5: "Comunicarea este ireversibilă". Odată emis, mesajul produce întotdeauna efecte: direct sau indirect, mai rapid sau mai târziu, pe termen scurt sau de durată.

Deşi în unele situaţii încercăm să "dregem" lucrurile, să ne "retragem" cuvintele, să "prezentăm scuze", efectele nu pot fi anihilate. De aceea este necesar un autocontrol cât mai strict asupra propriului comportament comunicaţional.

Axioma 6: "Comunicarea presupune raporturi de forţă şi ea implică tranzacţii simetrice sau complementare."

Deşi snobismul comunicaţionaî, reducerea la tăcere, neacordarea dreptului la replică afectează negativ comunicarea, realizarea unei egalităţii depline a partenerilor interacţiunii comunicationale este practic imposibil de atins. "Se ştie că există două tipuri principale de interacţiuni: ***tranzacţionale şi personale,*** în cele dintâi, rolurile participanţilor rămân neschimbate pe întreg procesul comunicării" (M. Dinu, 1997). Este cazul relaţiei profesor - student la cursuri, a relaţiei vânzător - cumpărător pe durata negocierii, a relaţiei medicului cu pacientul pe timpul consultaţiei, reiaţii în care rolurile rămân fixe şi inegale în procesul comunicaţiei.

"Interacţiunea personală (cea dintre prieteni, soţi, colegi) nu presupune dispariţia rolurilor, ci numai fluidizarea lor". Partenerii pot schimba cu uşurinţă rolurile (pot trece "din rolul victimei în cel al persecutorului") ajungând pe rând în poziţia "dominantă", dirijând interacţiunea în direcţia dorită.

Sunt simetrice actele comunicative de acelaşi tip: când la iritare se răspunde cu iritare, la zeflemea cu zeflemea etc. Când, de exemplu, iritării i se răspunde cu răbdare şi calm, asistăm la complementaritatea raporturilor de comunicare.

Axioma 7:"Comunicarea presupune procese de ajustare şî acordare". Datorită polisemiei termenilor utilizaţi de vorbitori, datorită necoincidenţe i sensurilor atribuite de locutori aceloraşi termeni precum şi diferenţei dintre experienţa lingvistică şi de viată a acestora, este necesară "acordarea" acestor experienţe şi a "câmpurilor semantice" ale comunicatorilor în scopul realizării unei comunicări eficiente. Acest "acordaj", ce presupune acomodarea cu codurile de exprimare ale celorlalţi, este cu atât mai dificil cu cât interlocutorii se cunosc mai puţin între ei, cu cât experienţele lor (de viaţă, profesionale, culturale, lingvistice) sunt mai diferite (este, de exemplu, cazul "conflictului dintre generaţii").

Scopurile comunicării

în procesele de comunicare în care sunt angajaţi, oamenii urmăresc atingerea unor scopuri. După opinia lui N.Stanton (1995), prin intermediul procesului de comunicare se urmăresc întotdeauna patru scopuri principale:

- să fim recepţionaţi (auziţi sau citiţi);
- să fim înţeleşi;
- să fim acceptaţi;
- să provocăm o reacţie (o schimbare de comportament sau de atitudine),

E.La Monica (1994), reţine următoarele nouă scopuri care, izolat sau combinate între ele, pot fi regăsite în orice proces de comunicare:

- a învăţa, transmite sau primi cunoştinţe;

- a influenţa comportamentul cuiva;
- a exprima sentimente;
- a explica sau a înţelege propriul comportament sau al altora;
- a întreţine legături cu cei din jur/a te integra într-o colectivitate sau grup social;
- a clarifica o problemă;
- a atinge un obiectiv propus;
- a reduce tensiunile sau a rezolva un conflict;
- a stimula interesele proprii sau ale celor din jur.

Tipuri de comunicare

Există două tipuri de bază ale comunicării interumane: verbală şi nonverbală. Fiecare se poate divide în; comunicări într-un singur sens şi comunicări cu feed-back (conexiune inversă) conform figurii 4.

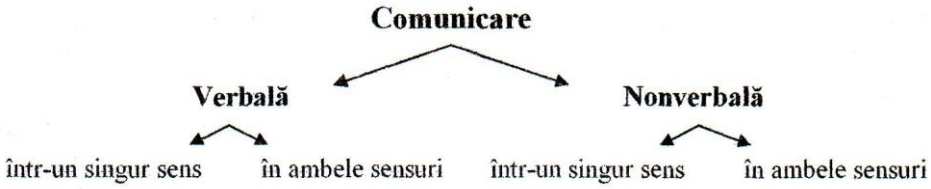


Figura 4.Tipurile comunicării umane

Comunicarea verbală

Tot ceea ce este scris sau spus este inclus în comunicarea verbală (La Monica, 1994). Comunicarea nonverbală ţine de limbajul corpului: mimică, gestică, postură, expresie facială, privire, tonul şi ritmul vorbirii etc. în comunicarea umană se utilizează un registru larg de semne nonverbale, dar toate "strălucesc într-o lumină reflectată", adică înlocuiesc semnele verbale sau sunt traduse în procesul interpretării în semne verbale, fiind saturate de semnificaţia conferită de acestea.

Limbajul verbal mijloceşte schimbul de semnificaţii în societate, fiind o paradigmă a tuturor celorlalte forme de comunicare umană. Ei se înscrie, cum afirma C.Levi-Strauss, între "sistemele fundamentale de schimb social" fiind alături de schimburile economice şi parentale, "sistemul de semnificaţie prin excelenţă" (C.Levi-Strauss, 1978).

Limba se circumscrie cadrului activităţilor umane, extensiunea vocabularului fiind în dependenţă de amploarea, conţinutul şi complexitatea activităţilor culturale pe care vorbitorii unei limbi le desfăşoară.

Pornind de la elementele de bază ale comunicării: **emiţător, transmiţător, referent**

(realitatea la care se referă mesajul), **codul, canalul şi destinatarul, R.**

Jakobson deosebeşte şase funcţii ale limbajului în comunicare, după cum accentul cade pe unul sau altul din cele şase elemente ale comunicării: funcţia emotivă, conativă, referenţială, fatică, metalingvistică şi poetică, (R.Jakobson, 1964).

Funcţia emotivă se îndreaptă asupra transmitătorului, având drept scop "exprimarea directă a atitudinii vorbitorului faţă de cele spuse de el". Utilizând interjecţii (de tipul: of, huo, halal), epitete (sublim, emoţionant, etc.), expresii de tipul "fîr-ar să fie", "păcatele mele" şi alte mijloace stilistice, vorbitorul încearcă să exprime stările sale emoţionale, adevărate sau simulate.

Funcţia conativă sau persuasivă este concentrată asupra destinatarului, urmărindu-se obţinerea unui anumit tip de răspuns din partea lui. Această funcţie se întâlneşte în modalitatea imperativă a comunicării.

Funcţia referenţială, denotativă sau cognitivă, este îndreptată asupra referentului. Se întâlneşte cu deosebire în ştiinţă, aici interesând în primul rând semnificaţia, conţinutul exprimat.

Funcţia fatică se referă la contactul interlocutorilor, la conexiunea lor psihologică şi, deci, la controlul funcţionării canalului de comunicare dintre ei. Repetarea unor porţiuni ale mesajului, diferitele forme de salut, comunicarea cu copii mici "care au tendinţa de a comunica înainte de a fi capabili să trimită sau să primească o informaţie", sunt manifestări ale acestei funcţii (Jakobson, 1964).

Funcţia poetică se concentrează asupra mesajului, modului de exprimare, formei (în poezie, de exemplu); reţine atenţia tot atât de mult ca şi conţinutul cognitiv exprimat prin mesaj.

Funcţia metalingvistică face trimitere la codul utilizat. Ea se manifestă atunci când în comunicare sunt necesare atenţionări în legătură cu codul utilizat: tonul (de exemplu, ironic, zeflemitor), gesturi (a face cu ochiul, etc.), precizări privind accepţiunile unor termeni utilizaţi, care indică receptorului codul pentru "lectura" corectă a mesajului.

Cele şase funcţii definite de Jakobson, coexistă de fapt în orice tip de comunicare. Nu e vorba de "monopolul" uneia dintre ele, spunea el, căci "ar fi greu să găsim vreun mesaj verbal care să îndeplinească numai o singură funcţie", ci e vorba de predominanţa uneia dintre ele, care determină şi structura verbală a mesajului.

I.L.Austin, distinge trei tipuri de acte pe care le înfăptuieşte vorbitorul în comunicare: acte **locuţionare,** care privesc realizarea propriu-zisă a unui mesaj cu sens, conform regulilor semantice şi pragmatice ale limbii folosite, acte **ilocuţionare,** care privesc scopul şi atitudinea emiţătorului (vorbitorului) fată de receptorul mesajului (a da un ordin, a face o concesie, a promite etc.) şi acte **perlocuţionare,** vizând influenţa exercitată de vorbitor asupra destinatarului prin mesajul emis (intimidare, înduioşare etc,). I.L.Austin evidenţiază importanţa factorilor contextuali, nonlingvistici, ce intervin în procesul comunicării prin limbaj şi influenţarea reciprocă a locutorilor în cadrul comunicării curente.

O caracteristică definitorie a limbajului o constituie marea sa productivitate: orice utilizator poate construi mesaje, enunţuri inteligibile pentru orice

interlocutor ce aparţine aceleaşi comunităţi lingvistice, cu privire la orice, subiect real sau imaginar.

Acest lucru, precum şi posibilitatea oferită de limbaj de a relata despre evenimente şi situaţii "în absenţă", creează posibilitatea manifestării unor subclase degradate de mesaje, anume zvonurile şi minciuna.

Minciuna, ca formă de comunicare umană, răspunde şi ea unor necesităţi personale sau sociale, fiind prezentă atât în comunicarea interpersonală cat şi în comunicarea de masă.

Se poate minţi din diverse motive: din dorinţa obţinerii unor avantaje materiale, pentru a prelungi sau întrerupe o relaţie, pentru a brava în faţa altora sau pentru a sublima un eşec, etc.

Se poate minţi şi din raţiuni altruiste, de exemplu, pentru a feri pe cineva de şocul unui adevăr dureros. Aici se înscrie şi discuţia privind "dezvăluirea adevărului" unui bolnav incurabil. Sau, în cazul politeţii, când se minte pentru a furniza cuiva, în mod gratuit, o bucurie. Ilustrând aceste aspecte, M.Dinu (1997) citează numele a trei autori (Camden, Motley şi Wilson) care au analizat un corpus de 322 minciuni, arătând că în 75,8% dintre ele avea de câştigat cel care minţea, în 21,7% câştiga cel care era minţit şi în 2,5% profita o terţă persoană.

Cele două ipostaze ale limbajului verbal - scrisul şi oralul - se deosebesc între ele prin câteva trăsături definitorii.

Limbajul scris "exprimă în cele trei dimensiuni ale spaţiului ceea ce limbajul fonetic exprimă în unica dimensiune a timpului" - scria A.Leroi-Gourhan (1983).

Modul de exprimare a gândurilor se modifică în cele două forme. Limbajul scris imprimă gândirii o "locomoţie rectilinie" - după expresia aceluiaşi autor: privilegiază raţionamentul, rigoarea termenilor, formulările clare. Celelalte procedee de exprimare a gândirii, îndeosebi cele care traduc flexibilitatea imaginilor, bogăţia asociaţilor, cunosc o considerabilă sărăcie. Comunicarea scrisă implică formulări definitive, exclude negocierea sensurilor între emiţător şi receptor - care pot fi separaţi în spaţiu şi timp - este logică, precisă şi suficientă sieşi.

Limbajul oral se caracterizează printr-un registru mai larg de manifestări, prin intervenţia factorilor extra- şi paralingvistici care-1 însoţesc, prin influenta decisivă a cadrului situaţional în care se desfăşoară comunicarea.

Cuvântul rostit are o forţă de sugestie mai rnare decât cel scris, fiind generator în anumite condiţii chiar de efecte hipnotice. De fapt, hipnoza se realizează prin acţiunea sugestivă a cuvintelor rostite, în situaţia în care "cuvintele hipnotizatorului trebuie să devină singurele semnale de comunicare, iar toţi ceilalţi stimuli să reprezinte "zgomotul de fond" (V.A.Gheorghiu, 1997).

în cadrul relaţiilor interumane, limbajul oral capătă particularităţi şi nuanţe în funcţie de sexul, vârsta şi statusul social al interlocutorilor, în perioada adolescenţei, limbajul este impregnat de funcţii emoţional expresive, ludice, interpretative şi persuasive, în adolescentă aceste funcţii se dezvoltă şi diversifică

în strânsă dependenţă de statusul social. La bătrâneţe, vorbirea expozitivă începe să fie utilizată mai puţin, devenind mai activ limbajul interior. Uneori apare şi mania de a vorbi singur, chiar şi pe stradă.

Pot apare reticenţe de utilizare a limbajului oral fie datorită unor deficienţe mnezice, fie pierderii interesului pentru diferite subiecte.

Situaţiile de comunicare influenţează într-o măsură considerabilă utilizarea limbajului verbal, în cadrul lor distingem ca elemente esenţiale: rolurile sociale, cadrul fizic, cadrul social, contextul lingvistic şi extralingvistic precum şi momentul desiaşurării comunicării, între aceste elemente trebuie să existe o anumită compatibilitate pentru ca relaţia de comunicare să se desinşoare eficient (de exemplu, dialogul medic - pacient se desfăşoară într-un cadru bine determinat, cel al cabinetului de consultaţie).

în funcţie de rolul jucat, vorbitorul alege anumite registre de vorbire; alt registru utilizează, de exemplu, un părinte când vorbeşte cu un copil, altul atunci când se adresează soţiei sau când vorbeşte cu proprii părinţi.

în funcţie de relaţia de rol (profesor - student, părinte - copil, medic - pacient, patron - salariat etc.), vorbitorul alege registrele de vorbire adecvate, deduse din practica socială şi culturală, pe care le alternează în funcţie de alternanţa rolurilor pe care le adoptă.

în comunicarea curentă, comunicarea prin limbaj verbal se împleteşte cu comunicarea prin mijloace nonlingvistice (gestuale, figurative), comunicarea prin limbă se face "concomitent cu metacomunicarea de relaţii interpersonale" (LHabermas, 1983). Mai mult, comunicarea umană poate atinge performanţe superioare când se întemeiază pe modalităţi extralingvistice, pe aşa-numitele "expresii ale trăirii" (Habermas, 1983).

Comunicarea non-verbală

In procesul comunicării verbale, pe lângă informaţia directă conţinută în mesaj, emitentul comunică o serie de "indici", informaţii despre el însuşi, fără legătură cu conţinutul mesajului iniţial. Vocea unui interlocutor poate informa asupra stării de sănătate, originii sociale, geografice, stării de spirit din acel moment etc. Comunicarea de informaţii verbale este îmbogăţită printr-un ansamblu de procedee nonverbale prin care emiţătorul îşi precizează mai bine intenţia şi o redă totodată mai rapid şi mai economicos: gesturi, mimică, manifestări vocale, accent, intonaţie, ritm. pauză etc. Prin intonaţie, acelaşi conţinut verbal poate căpăta sensuri diferite. Schimbarea ritmului vorbirii, a volumului sau înălţimii ei, pot dezvolta o idee până în punctul ei maxim, cu consecinţe pragmatice maxime.

Mijloacele nonverbale ce secondează comunicarea verbală, au un registru bogat de manifestări. Ele formează adevărate "limbaje", care pot accentua, completa, contrazice, repeta sau chiar substitui limbajul verbal. Aceste mijloace sau indici nonverbali ai comunicării, sunt grupate de N.Hayes şi S.Orrell (1997) în

opt tipuri: paralimbaj, contact vizual, expresii faciale, postură, gesturi, atingere, proximitate şi îmbrăcăminte.

N.Stanton (1995), la rândul lui, dă o listă de 11 indici nonverbali, care cuprinde:

- expresia feţei - un zâmbet, o încruntare;
- gesturi - mişcarea mâinilor şi corpului pentru a explica sau accentua mesajul verbal;
- poziţia corpului - modul în care stăm, în picioare sau aşezaţi;
- orientarea - dacă stăm cu fata sau cu spatele către interlocutor;
- proximitatea - distanţa la care stăm fată de interlocutor, în picioare sau aşezaţi;
- contactul vizual - dacă privim interlocutorul sau nu, intervalul de timp în care îl privim;
- contactul corporal - o bătaie uşoară pe spate, cuprinderea umerilor;
- mişcări ale corpului - pentru a indica aprobare /dezaprobarea sau pentru a încuraja interlocutorul să continue;
- aspectul exterior - înaţişarea fizică sau alegerea vestimentaţiei;
- aspectele nonverbale ale vorbirii - variaţii ale înălţimii sunetelor, tăria lor şi rapiditatea vorbiri, calitatea şi tonul vocii (denumite paralimbaj); « aspecte nonverbale ale scrisului - scrisul de mână, aşezare, organizare, acurateţe şi aspectul vizual general.

Alţi autori (R.Birdwhistell, A.A.Pease, M.Dinu) vorbesc despre limbajul tăcerii, limbajul spaţiului şi limbajul corpului (ultimul înglobând majoritatea indicilor amintiţi înainte).

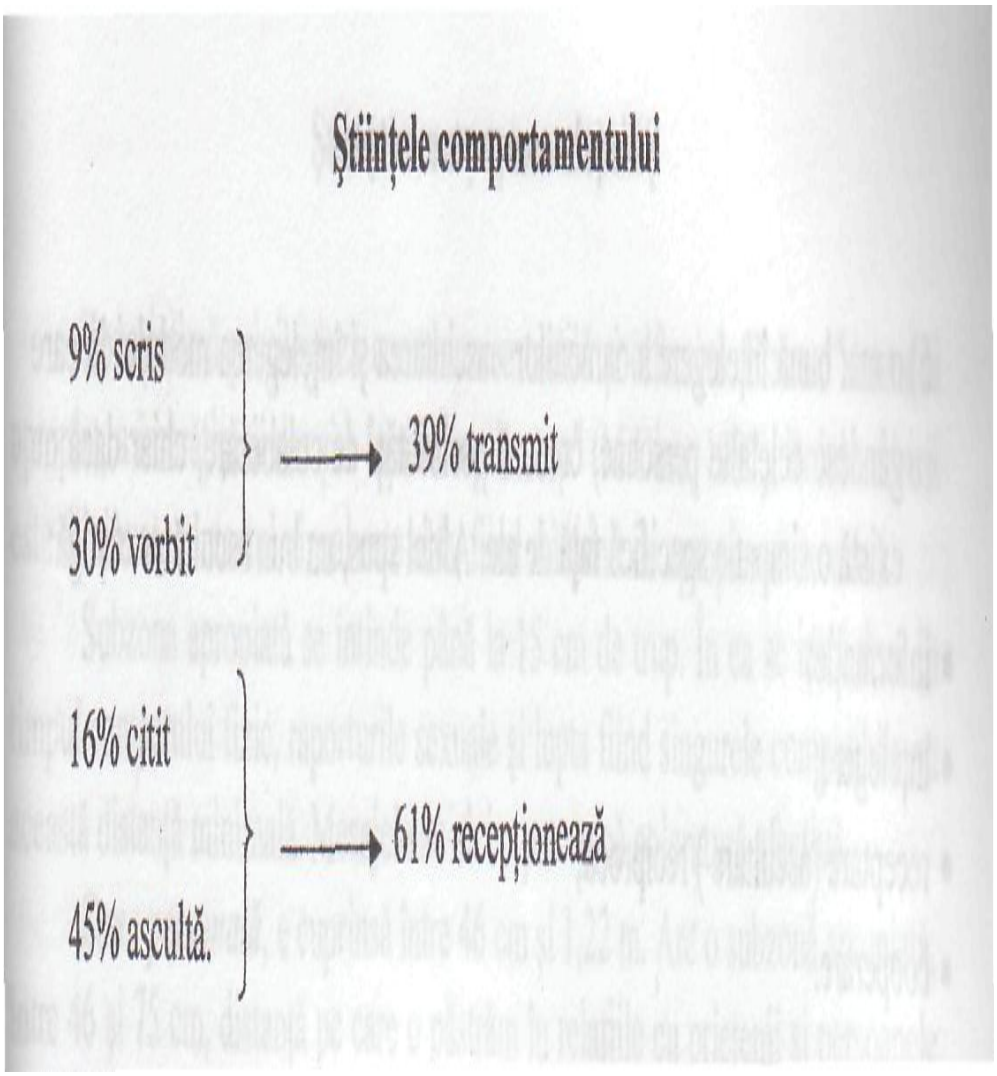
Limbajul tăcerii

Tăcerea, departe de a fi lipsă de comunicare, este încărcată cu profunde semnificaţii comunicative.

Când tăcem stingheriţi neştiind răspunsul la o întrebare, noi comunicăm implicit ceva. Această tăcere e deosebită de tăcerea omului plictisit sau de tăcerea meditativului, de tăcere impusă prin "reducerea la tăcere" sau de tăcerea prevăzătoare.

Tăcerea se leagă de ascultare şi de recepţionarea corectă a mesajelor. Folosind-o cu pricepere, putem stimula comunicarea creînd interlocutorului posibilitatea de a-şi exprima ideile sau sentimentele care, altfel, ar fi rămas ascunse, încurajând răspunsurile, tăcerea se dovedeşte a fi un puternic instrument de comunicare, prin care putem obţine un profit intelectual şi social maxim din fiecare interacţiune comunicaţională, ţinând seama şi de ponderea pe care o are tăcerea în acest tip de interacţiuni.

Astfel, studiile privind activităţile pe care le desfăşoară de-a lungul unei zile membrii "gulerelor albe" (mediile intelectuale) americane, arată că şapte minute din zece, aceştia sunt angajaţi într-o formă de comunicare (N.Stanton, 1995). Activităţile cu profil de comunicare sunt distribuite astfel:



Această proporţie poate fi diferită la alte segmente de populaţie a căror ocupaţie implică într-o măsură mai mică scrisul sau cititul. Dar ponderea ascultării se menţine prioritară şi în aceste cazuri, ascultarea, cel puţin sub aspect cantitativ, aflându-se în fruntea manifestărilor noastre comunicaţionale. Ea reprezintă o verigă extrem de importantă a lanţ ului cornunieational, fiind o condiţie esenţială a receptării corecte a mesajului. Dacă mesajul nu este recepţionat corect, ei nu reprezintă decât un simplu zgomot de fond.

Există pericolul ca individul fie să se gândească la altceva în timpul ascultării, fie să se gândească la propriul său răspuns, neglijând ascultarea eficientă.

Ascultarea nu e un proces pasiv ci presupune înţelegerea, interpretarea şi integrarea informaţiei primite în modelele de cunoaştere proprii.

Dacă ascultarea reprezintă un element cheie în succesul multor activităţi (vânzătorul trebuie să-şi asculte clientul, studentul trebuie să-şi asculte profesorul, părintele trebuie să-i asculte copilul etc.), există, scrie N.Stanton, "câteva domenii profesionale unde ascultarea este principalul atribut al comunicării: psihiatria, consilierea educaţională şi de cuplu, interviurile personale. Instruirea medicală, de asemenea, pune un accent deosebit pe dezvoltarea şi educarea ascultării, atâta timp cât pacientul este principala sursă de informaţie pe care doctorul se bazează pentru stabilirea diagnosticului".

Există, în concepţia aceluiaşi autor, cel puţin cinci efecte benefice ale unei ascultări atente:

1) încurajarea celorlalţi - care vor renunţa, în faţa unei ascultări binevoitoare, la tendinţa lor defensivă, încercând să-şi înţeleagă interlocutorul şi devenind, la rândul lor, ascultători mai buni;
2) obţinerea întregii informaţii - încurajarea vorbitorului să furnizeze cât mai

multe date, ceea ce creează posibilităţi suplimentare pentru elaborarea unor decizii corecte;

3) ameliorarea relaţiilor cu ceilalţi - pe de-o parte prin posibilitatea creată vorbitorului de a se elibera de idei, gânduri sau atitudini reprimate, pe de altă parte, prin stabilirea unei interacţiuni empatice pozitive între interlocutori, ca urmare a interesului manifestat de ascultător faţă de persoana vorbitorului;

4) rezolvarea problemelor - chiar dacă ascultătorul nu este de acord cu punctul de vedere al interlocutorului, faptul că-i ascultă părerile, că le compară cu părerile proprii, poate conduce la aflarea unor soluţii adecvate;

5) o mai bună înţelegere a oamenilor - ascultarea şi înţelegerea modului în care gândesc celelalte persoane, creează posibilităţi de colaborare, chiar dacă nu există o simpatie specifică faţă de ele. Altfel spus, un bun ascultător câştigă:

- informaţie;
- înţelegere;
- « receptare (ascultare) reciprocă;
- cooperare.

Limbajul spaţiului

Acesta face obiectul de studiu al proxemicii, disciplină nouă, fondată de Edward Hali în anii '60, Ea studiază proprietăţile coniunicaţionale ale spaţiului precum şi modalităţile de folosire optimă a acestor proprietăţi.

Ideea de ia care se porneşte este că orice individ are tendinţa de a-şi revendica un spaţiu al său, spaţiu din jurul trupului său, pe care-1 marchează imaginar, îl consideră drept spaţiul său personal, ca o prelungire a propriului său trup. încălcarea acestui spaţiu lezează profund individul, creînd disconfort, stânjeneală şi chiar stări conflictele. Fiecare individ tinde să menţină o distanţă între el şi celelalte persoane sau lucruri, îşi creează un "spaţiu-tampon" de o anumită mărime, formă sau grad de permeabilitate, care are importante iuncţii psihosociale: de protecţie, intimitate, siguranţă, odihnă, reverie etc.

în limbaj curent se spune: "îl ţine la distanţă" sau "prieten apropiat", ilustrând faptul că relaţiile interumane se pot exprima spaţial. Pentru persoanele străine sau neagreate păstrăm un spaţiu mai mare în jurul nostru, pentru persoanele apropiate sau iubite reducem acest spaţiu până la anulare. Fiecare tip de relaţie presupune o distanţă caracteristică între indivizi, orice încălcare generând stres şi blocaje de comunicare.

în plan mai general, modul în care folosim spaţiul în comunicare, are determinaţii culturale şi sociale specifice.

în lumea afacerilor, de exemplu, spaţiul este în relaţie directă cu rangul individului: pe măsură ce avansează în funcţie, cresc dimensiunile biroului său.

în privinţa spaţiului familial (al casei de locuit), accesul persoanelor străine este extrem de selectiv, în funcţie de tipul de relaţii pe care acestea le au cu proprietarul. Unele persoane sunt poftite doar în vestibul, altele în bucătărie, altele în sufragerie sau altele în dormitor.

Spaţiul personal, "bula de aer" ce-1 înconjoară pe om, s-a bucurat de cea mai mare atenţie din partea cercetătorilor.

Acest spaţiu poate fi împărţit în patru zone distincte, fiecare zonă fiind împărţită la rândul ei în două subzone: una apropiată şi alta îndepărtată. Deosebim astfel:

Zona intimă, ce se întinde de la suprafaţa corpului până la o distanţă de 46 cm. Este zona cea mai importantă pentru om şi cea mai apărată. Doar celor apropiaţi emoţional (îndrăgostiţii, părinţii, copiii, soţul, soţia) le este permis accesul în ea.

Zona intimă privilegiază comunicarea tactilă şi olfactivă. E zona "dansului apropiat, a îmbrăţişării dar şi a luptei corp la corp" (M.Dînu, 1997). Rolul vorbirii este diminuat, contactul vizual este slab, fiind stânjenit de apropierea excesivă.

Subzona apropiată se întinde până la 15 cm de trup. în ea se intră doar în timpul contactului fizic, raporturile sexuale şi lupta fiind singurele compatibile cu această distanţă minimală. Mesajele au aici o puternică coloratură afectivă.

Zona personală, e cuprinsă între 46 cm şi 1,22 m. Are o subzonă apropiată, între 46 şi 75 cm, distantă pe care o păstrăm în relaţiile cu prietenii şi persoanele pe care le simpatizăm. Subzona îndepărtată, între 75 cm şi 1,25 m, este rezervată persoanelor pe care le întâlnim la reuniuni oficiale sau prieteneşti, ori la diferite ceremonii.

Distanţa personală ne protejează fată de atingerea celorlalţi şi asigură comunicarea verbală optimă. Mesajul olfactiv al interlocutorului rămâne perceptibil, contactul vizual devine mai bun, privirea cuprinzând întreaga statură a interlocutorului.

Extrema acestei zone coincide cu limita posibilităţilor de stabilire a unui contact fizic direct. Interlocutorii îşi pot strânge mâna, act care se face de regulă pe un "teren neutru", încheietura mâinii aflându-se la limita zonei intime a interlocutorilor.

Zona socială, desemnează spaţiul personal pe care-1 menţinem atunci când intrăm în relaţii oficiale, impersonale cu cineva. De exemplu, în relaţii de serviciu, relaţii faţă de necunoscuţi (faţă de vânzător, faţă de factorul poştal, de noul angajat etc.), reiaţii din care elementul de intimitate este înlăturat total. Subzona apropiată se întinde între 1,22-2,20 m şi presupune o comunicare verbală clară. Distanţa, prin care evităm contactul corporal, este menţinută prin amplasarea unor bariere, a unor obiecte-tampon între interlocutori, cum ar fi, de exemplu, biroul, catedra, ghişeul, scaunul plasat la câţiva metri distanţă etc.

Subzona îndepărtată (2,20-3,69 m) subliniază, o dată în plus, distanţa ierarhică: directorul te ţine la o distanţă mai mare decât portarul, iar biroul (cu rol de barieră) şi încăperea, au dimensiuni modificate corespunzător rangului. Depăşirea acestor limite comportă întotdeauna semnificaţii speciale. Faptul că superiorul se ridică de la birou şi continuă discuţia de la o distanţă personală, pe un ton amical, sau cuprinde umerii partenerului cu braţul, indică o modificare în calitatea relaţiei dintre cei doi.

Zona publică, peste 3,60 m, e distanţa corespunzătoare atunci când ne adresăm unui grup mare de oameni, în care comunicarea şi-a pierdut aproape în totalitate caracterul interpersonal. Este totodată distanţa care se menţine între persoane cu mare deosebire de statut social: între judecător şi inculpat (în sălile de tribunal), între politicieni şi ziarişti la conferinţele de presă, între comandant şi trupă etc.Vocea vorbitorului creşte în timpul comunicării, el nu mai poate controla prin contact vizual pe fiecare interlocutor, deşi poate urmării reacţiile publicului.

Subzona apropiată este între 3,60-7,50m, distanţă la care se pot percepe bine reacţiile publicului. Peste această distanţă, feed-back-ul se diminuează progresiv.

Există aplicaţii practice ale acestor distanţe zonale. Pentru ca oamenii să se înţeleagă bine, trebuie să păstreze distanţa cuvenită între ei. Câtă vreme intrarea străinilor în zona socială sau personală este tolerată de individ, intrarea lor în zona intimă, rezervată celor apropiaţi, creează reacţii ostile şi modificări în comportamentul său. Când doi îndrăgostiţi se sărută, corpurile lor sunt strâns lipite, fiecare afiându-se în zona intimă a celuilalt. Alta este situaţia oferită, de exemplu, de sărutul dat soţiei prietenului cu ocazia aniversării, când cei doi îşi ţin bazinul cel puţin la 15 cm distanţă. Dacă atingem cu mâna o persoană recent cunoscută sau îi cuprindem umerii ori talia, putem trezi la ea senzaţii negative, chiar dacă din politeţe respectiva persoană zâmbeşte, prefacându-se bucuroasă.

Situaţiile de aglomeraţie din autobuz, lift, cinema etc, când zonele intime ne sunt invadate de necunoscuţi, ne creează iritare şi stânjeneală. Oamenii adoptă în astfel de situaţii un comportament impersonal, vorbind sau mişcându-se cât mai puţin cu putinţă. Allan Pease (1993) aminteşte câteva reguli pe care oamenii le aplică în astfel de situaţii, reguli care prevăd:

1) Nu ai voie să vorbeşti cu nimeni, nici chiar cu cei pe care îi cunoşti;
2) Trebue să eviţi ca privirea ta să se întâlnească cu privirile altora;
3) Să păstrezi o expresie de "jucător de pocher", fără să afişezi vreo emoţie;
4) Dacă ai o carte sau un ziar, să creezi impresia că eşti cufundat în citirea lor;
5) Cu cât aglomeraţia e mai mare cu atât îţi poţi permite mai puţine mişcări ale trupului;
6) în lift să urmăreşti literele care indică etajele.

Distanţele spaţiului personal variază în funcţie de o serie de parametri sociali, culturali, demografici, etc. Astfel, s-a constatat, de exemplu, că distanţa personală este mai mare în cazul locuitorilor de la ţară, obişnuiţi cu spaţii mai mari în raport cu cei de la oraş, obişnuiţi cu aglomeraţia. Faţă de europeni, asiaticii preferă o distanţă personală mai mică în comunicare. La fel şi populaţia de culoare, faţă de populaţia albă americană. Când conversează, italienii, grecii şi francezii stau mai aproape decât americanii. Germanii, suedezii, englezii şi elveţienii preferă un spaţiu mai mare şi sunt mai stânjeniţi decât nord-americanii când interlocutorii nu respectă distanţa personală, în cadrul aceloraşi medii culturale, copiii au nevoie de un spaţiu personal mai mic decât adulţii, iar bărbaţii au nevoie de un spaţiu mai mare decât femeile. Fiecare dintre ei vor căuta să stabilească, în comunicare, o distanţă anumită, în conformitate cu propria idee de spaţiu personal. Cunoaşterea acestor determinaţii este importantă pentru stabilirea unei relaţii optime de comunicare între indivizi, în diverse situaţii de viată,

Paralknbajul

Se referă la aspectele non-verbale ale vorbirii, aspecte de ordin vocal fără a fi, însă, cuvinte.

După constatările lui Aibert Mehrabian, din totalul mesajelor transmise într-0 interacţiune personală, aproximativ 7% sunt semne verbale (numai cuvinte); 38% sunt aspecte vocale ce includ tonalitatea, inflexiunea vocii, ritmul, înălţimea ei, sunete nearticulate ca oftatul, tuşea semnificativă şi alte sunete guturale, iar 55% sunt mesaje nonverbale (vezi A.Pease, 1993).

Aspectele nonverbale ale vorbirii dezvăluie o mulţime de informaţii despre vorbitor, despre emoţiile şi sentimentele sale, despre atitudinea sa faţă de mesajul verbal pe care-1 transmite.

Studii asupra unor subiecţi cărora li s-au cerut să asculte înregistrări făcute pe bandă de magnetofon şi să estimeze, pe baza indicilor de paralimbaj, emoţia resimţită de vorbitori, au constatat un înalt grad de corectitudine (70%), în distingerea unor emoţii cum sunt afecţiunea, admiraţia, dezgustul sau teama. întrucât fiecare emoţie se asociază în mod specific cu anumiţi indici ai vorbirii (înălţimea, frecvenţa, inflexiunile vocii), subiecţii au putut aprecia corect emoţiile, chiar atunci când ascultau persoane necunoscute.

Persoanele bolnave de anumite boli psihice prezintă structuri de vorbire aplatizate, diferite de cele prezente la majoritatea oamenilor sănătoşi, care utilizează toată garna de inflexiuni.

Tonul vocii, ca element de paralimbaj, trădează emoţiile şi atitudinea vorbitorului, influenţând totodată ascultătorul în receptarea mesajului. Intensitatea vorbirii este eficientă atunci când ea nu este nici ţipăt strident, nici şoaptă abia perceptibilă. Tonul vocii nu trebuie să depindă de conţinutul mesajului. Un ton convingător trebuie să fie destul de puternic şi ferm pentru a putea fi perceput cu maximă claritate de interlocutor. El nu trebuie să fie atât de intens încât să devină violent pentru urechea interlocutorului.

De asemenea, timbrul vocii este variabil în funcţie de starea emoţională a vorbitorului. El va fi cald sau rezonant dacă emoţia este pozitivă (afectuoasă), sau va fi strident în cazul furiei, spaimei sau altor emoţii negative. S-a constatat, ca o trăsătură fundamentală a indicilor vocali, că emoţiile negative sunt mai repede receptate prin voce decât cele pozitive.

Ritmul sau fluenţa vorbirii, alt element de paralimbaj, poate fi o cale prin care vorbitorul comunică, uneori inconştient, informaţii în legătură cu starea sa. 1Un ritm foarte lent al vorbirii poate indica nesiguranţa, în timp ce un ritrn prea rapid poate indică ori faptul că omul este anxios sau neliniştit, ori că mesajul se referă la o stare de urgenţă. Stările emoţionale puternice (furie, spaima, etc.), determină, în general, multe greşeli de exprimare, bâlbâieli sau repetiţii.

Persoanele care abuzează de pauze sau cuvinte de umplutură cum ar fi: of, uh, ţţ... ştiţi..., etc., sunt percepute ca persoane ezitante, nesigure, în timp ce persoanele care vorbesc prea repede sunt considerate ca nestăpânite, necontrolate.

Pauza care intervine într-o conversaţie indică, la rândul ei, lucruri diferite. Putem controla comportamentul oamenilor într-o conversaţie utilizând aceste elemente. De exemplu, dacă vrem să reţinem o persoană care vrea să plece şi s~o

determinăm să ne asculte în continuare, mărim volumul şi frecvenţa vorbirii şi reducem numărul pauzelor.

Contactul vizual

Ocupă o poziţie privilegiată în emiterea şi receptarea semnalelor interpersonale, fiind apreciat de mulţi autori ca cel mai puternic indiciu nonverbal. (vezi N.Stanton, 1995; N.Hayes şi O.Orrell, 1997; M Dinu, 1997). Aceasta, cei puţin din următoarele motive:

- multe din aprecierile noastre cu privire la alte persoane se bazează pe durata şi timpul contactului vizual pe care îl avem cu acestea;
- este un puternic indicator al stărilor interioare (privirea poate fi încărcată de dragoste sau ură, poate fi indiferentă sau nu, etc.);
- are o mare putere de influenţare a sentimentelor şi voinţei (de ia privirea sinceră, care convinge, până la efectele spectaculoase ale hipnozei).

în relaţiile interumane, contactul vizual nu se face la întâmplare ci urmează nişte reguli sociale nescrise care stabilesc, în funcţie de circumstanţe, cât timp putem privi o persoană fără a-i cauza iritare sau reacţii ostile. De exemplu, durata medie a privirii aruncate unei persoane necunoscute trebuie să fie de 1,18 secunde, pentru a nu fi interpretată ca un act de agresiune. Privirile insistente pot ridica această rnedie până la 2,95 secunde dar pot, totodată, irita persoana privită, declanşând chiar riposte violente (vezi M.Dinu, 1997).

într-o conversaţie obişnuinţă interlocutorii se privesc intermitent 25% până la 75% din timpul discuţiei, însă modul de a privi este în relaţie cu interesul acordat. Dacă suntem interesaţi de cineva sau de ceea ce spune, îl vom privi cu atenţie. Dacă persoana sau ceea ce spune nu ne interesează, atunci ne vom îndrepta privirile în altă parte.

Nu poţi fi convingător atunci când nu priveşti în ochii interlocutorului. Fără contact vizual nu se poate ghici întreg conţinutul mesajului, fiind nevoiţi să insistăm deranjant pentru interlocutor, cu întrebări suplimentare, parazite sau redundante pentru el. Contactul vizual eficient se produce atunci când suntem capabili să privim drept în ochii interlocutorului, mai mult sau mai puţin continuu, fără o insistenţă supărătoare pentru el.

Atunci când ne uităm cu insistenţă la cineva, semnalăm dorinţa de intimitate. Cu cât durează mai mult contactul vizual cu cineva, cu atât vom tinde să fim mai aproape de persoana respectivă. Din contră, vom evita contactul vizual cu o persoană care ne displace, iar dacă îl avem, totuşi, adoptăm mai curând o privire rece decât prietenoasă.

Există un criteriu mai obiectiv pentru a stabili dacă privirea insistenţă denotă simpatie sau ostilitate (ultimul caz fiind ilustrat de doi adversari care se privesc cu insistenţă). Acest criteriu este dat de modificarea pupilei. Deşi pupila se dilată, în mod normal, la întuneric sau ca efect al unor medicamente, experimentele au arătat că ea suferă modificări determinate de sentimentele pe care le încercăm în legătură cu persoanele pe care le privim.

Pupila se dilată în cazul în care privim o persoană îndrăgită şl se contractă dacă privim o persoană ce ne este ostilă. Experimentele au arătat că pupila femeilor se dilată când le sunt arătate poze cu bebeluşi, iar pupilele bărbaţilor se dilată la vederea unor poze cu femei dezbrăcate. Atracţia, pofta, dorinţa, interesul pot produce modificări spectaculoase ale mărimii pupilei: aceasta sporeşte de trei ori la bărbaţii care vizionează filme cu conţinut pornografic şi chiar de patru ori la femeile aflate în aceiaşi situaţie (vezi M.Dinu, 1997)

Contactul vizual îndeplineşte patru funcţii în comunicare:

1) Reglarea fluxului conversaţiei: începem de cele mai multe ori o conversaţie cu cineva, "prinzându-i" în prealabil privirea. Când vrem să încheiem o remarcă, semnalăm acest lucru uitându-ne la interlocutor şi semnalându-i prin privire că poate continua el.
2) Furnizarea de feedback: în timp ce vorbesc oamenii îşi privesc interlocutorii pentru a vedea dacă sunt înţeleşi, acceptaţi sau aprobaţi, în contactul vizual se reflectă nevoia de aprobare, persoanele care au puternică nevoie de aprobare, stabilind un contact vizual mai prelungit. S-a constatat că atunci când contactul vizual între doi interlocutori nu s-a putut stabili datorită faptului că unul din ei purta ochelari fumurii, conversaţia a fost mai nesigură, cu mai multe pauze şi întreruperi (vezi N.Hayes, S.Orrell, 1997).
3) Semnalarea naturii relaţiei: privirea poate semnala, dincolo de sentimentele pozitive sau negative transmise prin ea, existenţa unei relaţii speciale. Dacă vorbitorul îşi priveşte interlocutorul în timp ce vorbeşte, atunci cel care ascultă simte că vorbitorul este interesat şi de el nu numai de subiectul conversaţiei. Amplasarea punctului către care ne aţintim privirea în timpul unei conversaţii, ţine tot de natura relaţiei, într-o conversaţie oficială privim în cea mai mare parte a timpului spre un punct situat înspre mijlocul frunţii interlocutorului. O conversaţie amicală coboară punctul undeva între ochii şi buzele partenerului, în timp ce un grad mai mare de intimitate îl aduce mai jos, într-o regiune situată între bărbie şi zona coapselor (vezi M.Dinu, 1997).
4) Exprimarea emoţiilor: principala modalitate de exprimare a emoţiilor, dilatarea pupilei, este complet inconştientă, în afară de aceasta, atunci când privim spre persoane ce ne sunt antipatice, muşchii din jurul ochilor ne sunt încordaţi şi ochii larg deschişi. Când privim spre persoane ce ne sunt simpatice, muşchii ochilor sunt relaxaţi iar ochii nu sunt atât de larg deschişi. Alte semne, cum ar fi frecventa clipitului, poziţia sprâncenelor etc., întregesc registrul exprimării emoţiilor.

Expresia facială

Faţa reprezintă cel mai puternic mijloc nonverbal de comunicare a ideilor şi emoţiilor. Muşchii feţei, mai numeroşi la om decât la orice animal, conferă fetei o mobilitate deosebită. Prin mişcări fine ale sprâncenelor, buzelor, ochilor, dilatarea pupilei, direcţia privirii, culoarea pielii, etc, faţa poate crea expresii subtile şi

rapide (unele pot dura doar o cincime de secundă), comunicând o gamă extrem de variată de mesaje,

într-o lucrare consacrată acestei probleme (Facial signs: Facts, Fantasies and Possibilities, publicată în culegerea Sight, Sound and Sense, editor Th.A.Sebeok, Indiana University Press, 1978) Paul Ekman distinge 21 de tipuri de trăsături faciale pe care le repartizează în trei grupe: statice, mobile dar lente, şi rapide. Structura osoasă, de exemplu, este statică, pigmentaţia pielii este parţial statică, parţial lentă, dentiţia se modifică lent, la fel şi ridurile şi întregul relief al feţei, însă temperatura, culoarea, poziţia feţei se pot modifica rapid.

Ekman distinge 18 tipuri de informaţii pe care le poate furniza fata omenească, între care: temperament, inteligenţă, emoţie, dispoziţie, vârstă, starea sănătăţii, etc, (vezi S.Marcus, 1987). Contactul vizual cu pleoapele lăsate pare să demonstreze timiditate sau sfială. Zâmbetul - cel mai frecvent mijloc nonverbaî de comunicare - comportă cel puţin patru semnificaţii în prezenţa unui partener: bună dispoziţie (satisfacţie), amărăciune, simpatie la adresa partenerului sau ironie la adresa lui.

Există cel puţin opt poziţii diferite ale sprâncenelor şi frunţii, fiecare cu propria sa semnificaţie. Există mai mult de opt poziţii ale ochilor şi pleoapelor şi cel puţin zece poziţii pentru partea inferioară a feţei, în combinaţii diferite, acestea dau un număr foarte mare de expresii posibile care permit transmiterea unor mesaje diferite. De exemplu, când salutăm pentru prima dată pe cineva, efectuăm o mişcare din sprâncene, ridîcându-le şi coborandu-le foarte rapid. Alte poziţii ale sprâncenelor pot avea alte semnificaţii tipice, ca de exemplu:

- complet ridicate - neîncredere;
- « pe jumătate ridicate - surpriză;
- normal - lipsa comentariului sau a reacţiei;
- pe jumătate coborâte - nedumerire;
- complet coborâte - furie.

(veziN.Hyes şi S.Orrell, 1997),

Adoptarea de către interlocutor a expresiei faciale potrivite atunci când o persoană îi vorbeşte, este un semn că persoana respectivă este ascultată cu atenţie de interlocutor. De regulă, oamenii nu zâmbesc atunci când li se comunică ceva trist, nici nu arată nefericiţi atunci când interlocutorii le comunică o veste fericită. Comunicarea prin intermediul expresiilor faciale este eficientă atunci când conţinutul mesajelor verbale este congruent cu expresiile faciale. Armonia dintre expresia facială şi sensul cuvintelor pronunţate conduce la diminuarea tensiunilor şi anxietăţii în relaţia de comunicare, aceasta devenind astfel mai eficientă.

Dacă o persoană prezintă expresii faciale "greşite" sau nu îşi modifică deloc expresia feţei, va fi catalogată, cel mai probabil, drept "ciudată" sau chiar "anormală". Ea va întâmpina greutăţi în stabilirea unor relaţii normale cu ceilalţi indivizi. Ekman şi colaboratori au efectuat o analiză numită "programul afectelor faciale", utilizată în învăţarea unor deprinderi sociale, învăţând persoanele "fără

expresie" să adopte expresii faciale adecvate emoţiilor exprimate, ele vor putea stabili relaţii normale cu celelalte persoane.

Studii interculturale desfăşurate de Ekrnan, Sorenson şi Friedson privind expresiile faciale au demonstrat că multe din expresiile emoţionale de bază sunt înnăscute. Ele se manifestă în mod asemănător la indivizi ce aparţin unor culturi diferite, precum şi la copii nevăzători care n-au avut posibilitatea să şi ie însuşească prin învăţare. Emoţiile sunt definite de Ekman şi Davidson (1984) ca fiind fenomene psihologice şi comportamente care:

- se produc în situaţii recurente (repetabile) ce reclamă adaptarea;
- implică aprecierea şi reacţiile la aceste situaţii;
- « au un debut brusc;
- au în general o durată scăzută;
- sunt percepute ca reacţii involuntare;
- sunt prezente şi la alte primate;
- au elemente comune într-un anumit context, dincolo de diferenţele individuale produse de ereditate sau educaţie.

Numărul emoţiilor fundamentale (de bază) e variabil. Paul Ekrnan (1984) vorbeşte de şapte emoţii de bază: fericire, mirare, furie, tristeţe, dezgust, teamă, dispreţ. Alţii, dau o lista cuprinsă între 8 şi 10 emoţii de bază; Carroll Izard (1990), de exemplu, enumera zece emoţii de bază, adăugând la cele enumerate de Ekman încă trei: ruşinea, culpabilitatea şi bucuria.

Pe lângă acestea, există emoţii complexe sau mixte, alcătuite din combinarea emoţiilor de bază. De exemplu, gelozia este compusă din teamă şi furie; anxietatea, din teamă, culpabilitate, tristeţe şi ruşine, etc. P.Ekman, utilizând ca material şase imagini de persoane cu expresii emoţionale pregnante (fericire, teamă, surpriză, mânie, dezgust, tristeţe) aplicate în cinci medii culturale diferite, a constatat că aceste emoţii de bază au fost recunoscute în procente foarte apropiate în toate cele cinci culturi. Pentru cele şase expresii emoţionale de bază vezi figura 5. Rezultatele obţinute de Ekman sunt prezentate în tabelul 5.

Expresiile universale de bază (fericire, teamă, surpriză, mânie, dezgust, tristeţe) pot fi controlate conştient.

Controlarea lor are loc în trei situaţii determinate:

- conformarea la regulile culturale de exprimare a emoţiilor,
- autoprezentarea într-o lumină favorabilă,
- tendinţa de a înşela pe cineva.

Conformarea la regulile culturale de exprimare a emoţiilor. Toate culturile au impus anumite reguli de exprimare a emoţiilor, restrângând, în anumite limite, libertatea de manifestare publică a acestora. Copii sunt învăţaţi de mici ce, unde şi când trebuie să-şi manifeste emoţiile, să plângă sau să~şi exprime fericirea sau frica. Culturile *variază* din acest punct de vedere, unele descurajând afişarea anumitor emoţii (gesturi de disperare, mânie, explozii de bucurie, etc.)

Tabeî 5. Recunoaşterea expresiilor emoţionale pregnante în cinci medii culturale diferite.

Ţara		Răspunsuri (%)				
	Fericire	Teamă	Surpriză	Mânie	Dezgust	Tristeţe
Japonia	87	71	87	63	82	74
Brazilia	87	77	82	82	86	82
Chile	90	78	88	76	85	90
Argentina	94	68	93	72	79	85
	97	88	91	69	82	73

Sursa: Ursuîa Şchiopii. Dicţionar de psihologie. Ecl. Babei, Bucureşti, 1997, p.452.

Membri aristocraţiei engleze sau nipone, de exemplu, îşi îngăduie mai puţin exteriorizări ale emoţiilor, neprezentând expresiile faciale respective atât de pregnant ca indivizii crescuţi în societăţi mai pemiisive din acest punct de vedere. Noii veniţi într-o cultură, care nu cunosc aceste reguli, sunt priviţi de băştinaşi ca având un comportament inadecvat sau nepoliticos.

Autoprezentarea într-o lumină favorabilă. Aceasta apare atunci când o persoană încearcă să manipuleze impresia altora despre ea. Persoanele se comportă într-o manieră pe care oamenii o găsesc atractivă: flirtul, zâmbetul, etc.

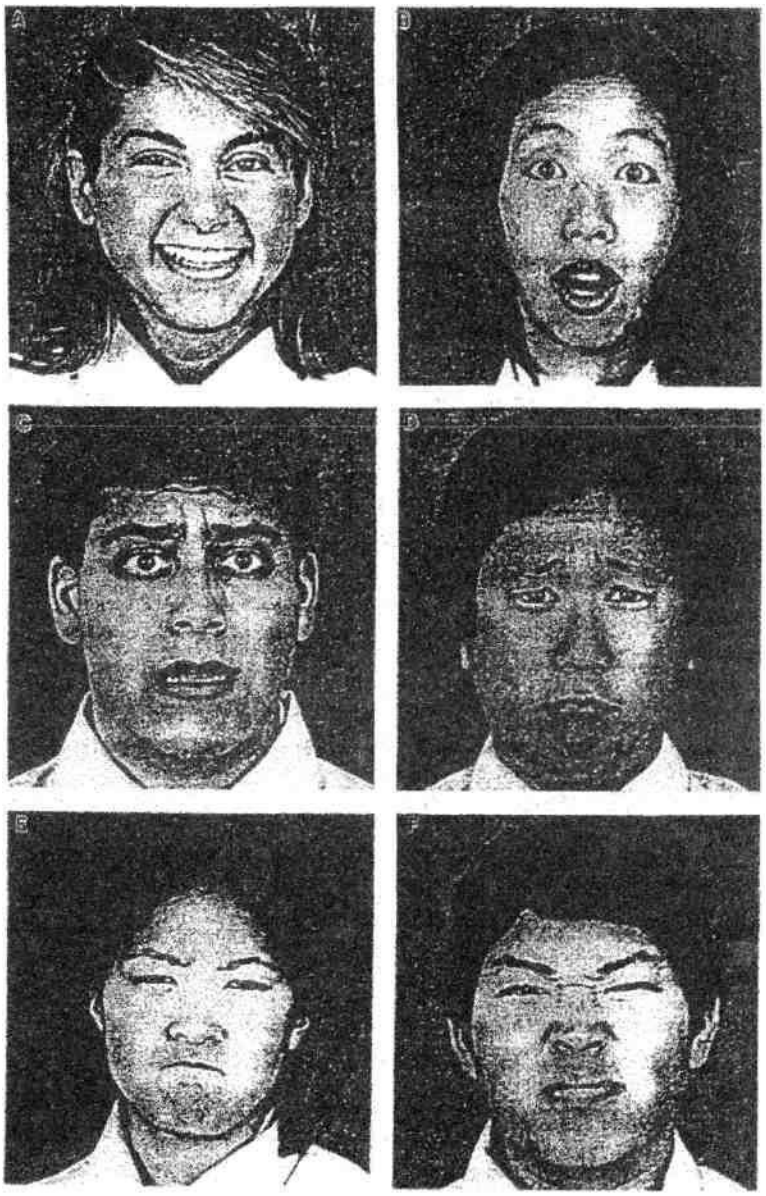
Ele doresc să-şi demonstreze stăpânirea de sine în situaţii stresante (în cazul interviului pentru angajare, de exemplu), şi folosesc zâmbetul pentru a-şi masca teama, etc.

Tendinţa de a înşela pe cineva. Impostura, tendinţa de a înşela pe cineva, diferă de situaţia anterioară doar în grad şi acceptabilitate socială. înşelăciunea apare atunci când individul minte în legătură cu adevăratele lui trăiri sau convingeri, ori când vrea să apară, în faţa unei audienţe, inocent deşi este vinovat.

Tipurile de "înşelăciune" ilustrate prin imagini favorabile sunt acceptabile social şi sunt recunoscute ca abilităţi sociale. Se recunoaşte, de exemplu, că un candidat trebuie să apară încrezător, deşi îi este teamă; la fel şi medicul tânăr în faţa pacientului, înaintea unei operaţii dificile.

Controlul expresiei faciale (şi a informaţiei afective exprimate prin ea) îmbracă, de regulă, trei forme:

- inhibarea reacţiei;
- exagerarea reacţiei;
- mimarea reacţiei contrare (vezi M.Dinu, 1997).



emotionale
A) fericim; 8} **surprfeă**; *C)* frfcl (spiml) * î» de tei
; E) furie ţî **F) dezgost**

Primul caz poate fi ilustrat de jucătorul de poker pentru care capacitatea de a-şi controla mimica, împiedicând prin inhibare kinezică scurgerea de informaţie, e mai importantă chiar decât norocul. Persoanele care sunt puternic motivate să înşele, îşi supracontrblează mişcările faciale, aîe capului, reducând la limită aceste mişcări. Chiar dacă unele mişcări pot fi suprimate în mod voit, există expresii faciale de scurtă durată (mai puţin de o pătrime de secundă), ca efect al spaimei

sau surprizei, care nu pot fi total controlate. Alte manifestări ca transpiraţia frunţii, îmbujorarea obrajilor, dilatarea pupilei, clipitul grăbit al pleoapelor care, de asemenea, scapă controlului, pot trăda prefăcătoria.

Zâmbetul impostorilor e de obicei neautentic. în timpul zâmbetelor sincere, sunt activaţi muşchii din jurul ochilor şi ai buzelor în vreme ce în zâmbetul fals, sunt activaţi în primul rând muşchii din jurul buzelor» Astfel de expresii faciale puse în evidenţă de cercetători prin filmări cu încetinitorul, reprezintă-reacţia sinceră, neeontrafacută a individului la diferitele evenimente. Ele pot fi sesizate şi direct de un receptor uman antrenat special. De fapt, în tehnicile de anchetă se procedează frecvent la plasarea individului cercetat într-un loc puternic luminat, pentru a-i observa cele mai mici modificări ale expresiei faciale.

Exagerarea reacţiei mimice ca mod de a falsifica informaţia afectivă vizează, de regulă, fie şantajul sentimental (ne prefacem mai supăraţi sau mai bolnavi decât suntem pentru a impresiona pe cineva) fie seducţia (femeia ce vrea să cucerească un bărbat, subalternul ce vrea să "intre sub pielea" şefului, etc.)

Simularea stării contrare poate avea la bază mândria sau orgoliul celui ce nu suportă să fie compătimit, ori dorinţa de a menaja pe cineva, ascunzându-le un fapt ce i-ar putea afecta.

Atitudinile şi poziţiile corporale

Modul în care stăm în picioare, stăm aşezaţi sau ne mişcăm, transmit o serie de atitudini complexe. Experimentele au arătat că oamenii care doresc să coopereze au tendinţa să se aşeze unul lângă celălalt. Dacă ei sunt în relaţii de adversitate, vor avea tendinţa să stea faţă în faţă. Dacă sunt aşezaţi la o masă, amplasamentul în unghi drept, "amplasamentul de colţ", este cel mai favorabil conversaţiei deoarece în acest caz jocul privirilor este cel mai natural

Oamenii se privesc în cursul unei conversaţii aproximativ 50% din timp. Aşezarea faţă în faţă, ochi în ochi, precum şi cea laterală stânjenesc această cerinţă. Experimentele au demonstrat că aşezarea faţă în faţă generează fie agresivitate, fie atitudini exagerat defensive. Dispunerea pe locuri alăturate stimulează cooperarea în mai mare măsură însă nu atât cât dispunerea în unghi drept la o masă. S-a constatat, de exemplu, că poziţia faţă în faţă la o distanţă de un metru, suscită de trei ori mai puţine conversaţii decât dispunerea alăturată, iar aceasta din urmă de două ori mai puţine decât amplasamentul de colţ (vezi M.Dinu, 1997),

în acelaşi fel, poziţia corpului poate indica, uneori involuntar, o mulţime de indicii: starea socială, dorinţa de dominaţie, supunerea, etc. Umerii cocoşaţi şi capul plecat pot semnala timiditatea şi inferioritatea. Poziţia dreaptă, cu capul lăsat uşor pe spate şi cu mâinile în şolduri poate indica superioritate şi automulţumire.

Stilul de a merge, de a se aşeza, de a sta, poate reflecta imaginea propriei persoane, încrederea în sine, starea emoţională sau atitudinea faţă de alte

O persoană gârbovită poate fi percepută drept ostilă, dezinteresată sau speriată. Braţele încrucişate pot crea impresia că persoana respectivă se află în gardă (alertă), se ţine la distanţă sau este nereceptivă. Persoana cu mâinile în şolduri poate indica o atitudine condescendentă, în timp ce o atitudine rigidă poate indica sentimentul de teamă.

Persoanele ce comunică eficient prin poziţiile corpului, par a fi relaxate, nu stau gârbovite, au o poziţie dreaptă fără a fi rigide şi folosesc mâinile şi umerii pentru a-şi colora conversaţia, Ură a fi ţepeni sau nepoliticoşi.

Psihologii au constatat din experimente că cele patru poziţii de mai jos (vezi figura 6) tind să fie asociate cu emoţii şi activităţi în următorul **fel:**

Poziţia A	**Poziţia B**	**Poziţia C**	**Poziţia** D
resemnat	agitat	timid	surprins
dezinteresat	automulţumit	ruşinat	dominant
îndoielnic	furios	modest	suspicios
povestind	nepăsător	atotştiutor	nehotărât
întrebător	povestind	supărat	mândru

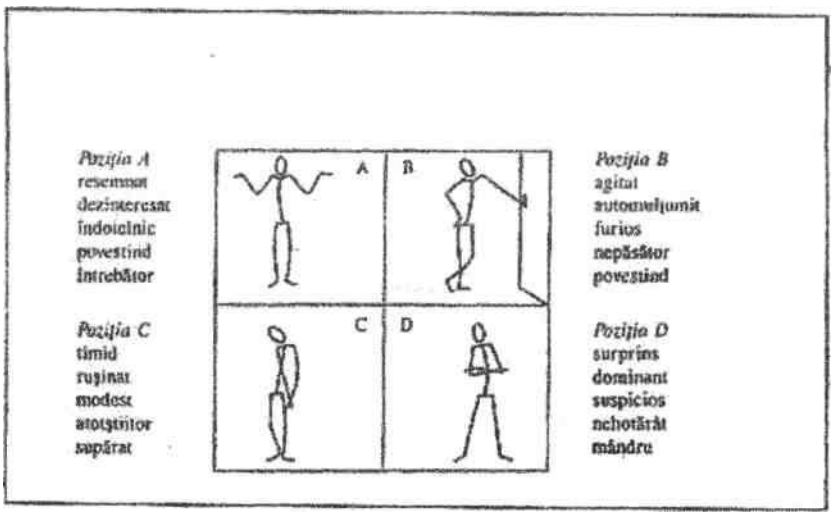


Figura 6. Poziţii ale corpului. Sursa: N.Stanton, Comunicarea, Ed."Ştiinţă şi Tehnică", Bucureşti, 1995, p.31

Gesturile

Reprezintă modalităţi obişnuite de comunicare nonverbală a informaţiilor. Majoritatea gesturilor de bază ale comunicării sunt universale, au aceeaşi semnificaţie pretutindeni. De exemplu, ridicarea din umeri semnifică nedumerirea, mişcarea capului de sus în jos înseamnă aprobare, scrâşnitul dinţilor semnifică mânia etc.

Inţelesul aitor gesturi are o determinare culturală specifică. De exemplu, gestul "inel", format din unirea degetului mare şi arătătorului, înseamnă "OK" în America, "zero" în Franţa, "bani" în Japonia, semn al homosexualilor în Malta, moarte în Tunisia. Degetul mare ridicat poate însemna "OK" la ruşi, australieni, poate fi semn al autostopiştilor sau, când este ridicat brusc, poate fi un semn obscen.

Gestul poate fî deliberat (comunică ceva), spontan (ca rezonanţă a stărilor emoţionale) sau poate fi simulat. De cele mai multe ori utilizăm gesturile deliberat. Uneori, însă, gesturile pe care le utilizăm sunt inconştiente, făcute fără intenţie şi ne trădează fără să vrem. Gesturile comunică interlocutorului, fără voia noastră, cum anume ne simţim în acel moment.

Copiii înţeleg gesturile şi comunicarea prin ele înainte de a învăţa să vorbească. Gesturile lor sunt expansive şi imitative: la 7-8 luni copilul răspunde ia surâs prin surâs. Până la un an se însuşeşte gama gesturilor legate de afecţiune, respingere, curiozitate, etc. Bună parte din gesturile implicate în conduitele civilizate se învaţă în primii şapte ani. în adolescenţă şi după aceea se învaţă gesturile legate de statusuri şi roluri sociale, gesturile reverenţioase, cele legate de relaţiile dintre sexe (politeţe, cochetărie).

N.Stanton (1995) scrie că gesturile servesc, în comunicare, la realizarea a cinci scopuri principale:

1. Comunicarea informaţiei, fie completând înţelesul cuvintelor (de exemplu, ridică un deget sau două atunci când persoana enumera ceva), fie pentru a înlocui discursul, aşa cum e cazul gesturilor din limbajul utilizat de surdomuţi.
2. Comunicarea emoţiei prin gesturi specifice cum ar fi: palmele puse peste gură (ca semn al surprizei), tremurăturile mâinilor (pentru emoţii puternice), apropierea mâinilor (exprimând apreciere), pumnul strâns (agresiunea), atingerea feţei (anxietate), etc.
3. Susţinerea discursului prin gesturi ce se corelează cu discursul: folosirea mâinilor pentru a ilustra forme, mărimi, mişcări, etc.
4. Exprimarea imaginii de sine. Există diferenţe evidente în folosirea gesturilor: persoanele extravertite folosesc gesturi mai energice şi mai numeroase. Persoanele introvertite vor utiliza gesturi mai discrete. în anumite boli psihice gesturile sunt fie stereotipe, fie inhibate, fie excesive.
5. Exprimarea prieteniei se realizează în principal prin "ecoul poziţional" pe care îl prezintă unele persoane, imitând poziţia celui care comunică şi care, alături de alte gesturi de încuviinţare alcătuiesc un semn de atenţie şi empatie faţă de persoana care vorbeşte. Există şi grupuri de gesturi care indică o evaluare critică a vorbitorului (de exemplu, gestul mâinii sprijinite de obraz, cu degetul arătător ridicat în timp ce un alt deget acoperă buzele, iar degetul mare sprijină bărbia; vezi A.Pease, 1993).

Atingerea

Atingerea ca formă de comunicare nonverbală este în strânsă legătură cu ideea de spaţiu personal. Deşi considerată ca cea mai veche formă de comunicare, folosită de copii mici când încă nu sunt în stare să comunice verbal, atingerea corpului de către diferite persoane este permisă, cultural vorbind, foarte selectiv.

Atât bărbaţii cât şi femeile acceptă să la fie atinse mâinile chiar de persoane pe care atunci le cunosc. Dar faţa, gâtul, trunchiul sunt zone "interzise" pentru străini. în culturile occidentale există "norme" care stabilesc ce zone ale corpului ne pot fi atinse de diferite persoane şi în ce împrejurări. Apar diferenţe legate de vârstă, sex, status social, grad de apropiere a interlocutorului, etc. Mamei, de exemplu, îi permitem să ne atingă mai multe părţi ale corpului decât unui prieten.

Persoanele cu status social mai înalt îşi pct permite să iniţieze un contact fizic în mai mare măsură faţă de cele cu status social inferior decât invers. Pacientul bătut pe umăr de către medicul său (elevul de către profesor, muncitorul, de către patron) va fi măgulit de această atenţie fizică pe când invers, gestul ar părea deplasat.

Pe de altă parte, studii făcute cu privire la modul în care reacţionează oamenii la contactul fizic, au pus în evidenţă diferenţele între bărbaţi şi femei în legătură cu modul în care percep atingerea fizică (vezi N.Hayes şi S.Orreîl, 1997). Femeile au făcut o distincţie clară între genul de atingere care arată apreciere, prietenie şi genul de atingere care arată dorinţa sexuală, în vreme ce bărbaţii nu au sesizat vreo diferenţă. Acest fapt poate avea influenţă, în opinia sexologilor, asupra problemelor ce apar în relaţiile conjugale. Uneori unul din parteneri, în special femeia, se teme de orice atingere pentru a nu fi considerată ca provocare sexuală. Ca terapie se încearcă a convinge cuplul să se bucure de atingere de dragul atingerii (ca semn al încrederii şi afecţiunii) şi nu ca simplu debut pentru o relaţie sexuală.

S.Jourard (1996), a schiţat "corpul pentru alţii" al bărbaţilor şi femeilor ilustrând zonele corpului care pot fi atinse, în funcţie de vârstă, sex sau persoana celuilalt: mamă, tată, prieten de acelaşi sex sau de sex opus (vezi figura 7, apud S.Chelcea, 1993)

Există şi roluri sociale scutite de interdicţia atingerii: medicul, poliţistul, croitorul, coafeza, etc.

Societatea occidentală (britanică sau americană) dar şi cea japoneză sunt mai puţin "tactile", comunicând mai puţin prin contact fizic.

Analizând funcţiile comunicării tactile, Stanley Jones şi Elaine Yarbrough (1985, apud M.Dinu, 1997) stabilesc cinci categorii:

1. Atingeri care transmit emoţii pozitive: mama care alăptează, adultul care mângâie capul unui copil, şeful care bate pe umăr un subaltern pentru a-1 încuraja, soţia care-şi sărută soţul , sunt câteva din atingerile afectuoase, calde.

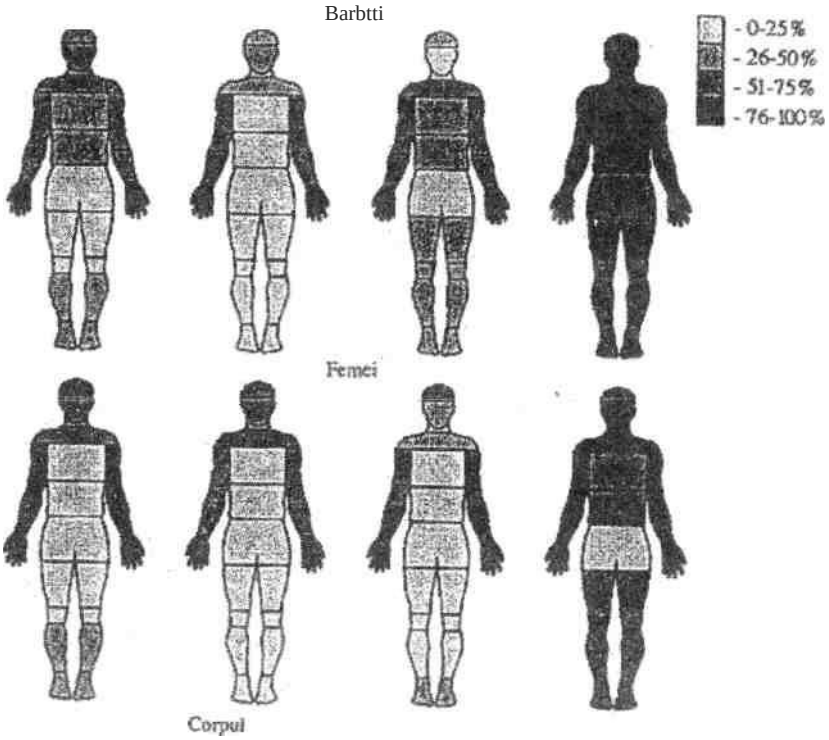
2. Atingeri în joacă: un bobâmac, pălmuirea în glumă, de exemplu, transmit alte sensuri decât aceleaşi gesturi făcute în mod serios. Ele semnifică încurajare, apropiere, solidaritate.
3. Atingeri "de control", care vizează dirijarea comportamentului sau atitudinilor persoanei atinse. Un semn tactil prin care atenţionăm interlocutorul să ne privească, să se dea la o parte sau să stea locului, reprezintă exemple de atingeri de control.
4. Atingerea "rituală", cum ar fi: strângerea mâinilor în semn de salut, sărutul mâinii unei femei când ne este prezentată, sărutul pe obraji în ocazii speciale, etc.
5. Atingerea în alt scop decât comunicarea propriu-zisă: sprijinirea unei persoane care urcă sau coboară xlintr-un vehicul, atingerea frunţii unui bolnav pentru a-i aprecia temperatura, a încheieturii pentru a-i lua pulsul - reprezintă exemple ale contactului fizic de acest tip. Deşi scopul urmărit nu este comunicarea, în cursul unor atingeri de acest fel se transmit şi informaţii afective întrucât contactul fizic comportă întotdeauna şi manifestarea unui sentiment, fie pozitiv (afecţiune) fie negativ (ostilitate manifestată sau ascunsă).

Atingerea şi aplicarea mâinilor pe trupul bolnavului pentru tratarea afecţiunilor reprezintă una din practicile cele mai vechi din tradiţia medicală. Terapia prin masaj este menţionată în textele chineze antice cu mai bine de trei mii de ani în urmă. Vestitul medic grec Hipocrate afirma la rândul său că "medicul trebuie să aibă experienţă în multe lucruri, dar cel mai bine trebuie să stăpânească tehnica fricţionării".

în zilele noastre terapia prin masaj ocupă locul al treilea printre cele mai uzuale tipuri de îngrijire medicală alternativă, conform studiului privind medicina alternativă publicat în ianuarie 1993 de ,,The New Engîand Journal of Medicine".

Din 1970 se vorbeşte de *"atingerea terapeutică",* metodă iniţiată de Dolores Krieger, profesor la Universitatea din New York şi de Dora Kunz, terapeut naturist. Specificul metodei constă în acţiunea asupra câmpului bioenergetic, direcţionând şi focalizând energia cu ajutorul mâinilor ce sunt trecute de terapeut de la cap până la picioare, la câţiva centimetri de trupul pacientului. Boala este determinată de blocarea sau dezechilibrarea energiei iar specialistul, folosindu-şi mâinile ca senzori, detectează aceste disjuncţii şi le rezolvă deblocând şi reechilibrând energia corpului (vezi W.Collinge, 1997).

Deşi comunicarea nonverbală amplifică ceea ce poate fi comunicat verbal, ea poate exista şi singură. E.La Monica a sintetizat într-o schemă principalele modalităţi de comunicare nonverbală şi utilizarea lor eficientă sau neeficientă, conform tabelului nr.6.



Corpul pentru mama Corpul pentru tata Corpul pentru prieteni de acelasi sex Corpul pentru prieteni de sex opus

Figura 7, "Corpul pentru alţii" ia femei şi bărbaţi, în funcţie de vârstă, sex, persoana celuilalt. Sursa: S.Chelcea, "Vasul ONU" sau despre psihologia spaţiului personal. Psihologia. 1993, 3, **p.11.**

Există diferenţe semnificative între indivizi în ceea ce priveşte comportamentul nonverbal sau stilul nonverbal de comunicare. Există indivizi care zâmbesc **mai** mult, ating mai **mult** alte persoane, gesticulează mai mult ca alte persoane.

Există corelaţii strânse între indici nonverbali utilizaţi de individ în comunicare. Uneori mişcările corpului pot contrazice emoţiile transmise de faţă. 0 faţă fericită şi o postară chircită transmit un mesaj foarte diferit de o faţă fericită şi o poziţie relaxată.

Există corelaţii între mesajul verbal şi cel nonverbal transmis de individ, Când între ceîe două mesaje există discordanţă, oamenii au tendinţa să se bizuie pe mesajul nonverbal întrucât este, de regulă, mai sincer, mai puţin supus controlului conştient.

TabeL6. Forme de comunicare nonverbală în relatia medic-pacient

Ineficiente (care întrerup sau îngreunează comunicarea)	Forme nonverbale de comunicare	Eficiente (care încurajează comunicarea, dovedind aprobare şi respect pentru interlocutor)
îndepărtată (foarte mare), Prea apropiată (foarte mică)	Distanţa	Aproximativ egală cu lungimea braţelor
Dispersată spre mai multe activităţi	Atenţia	Consacrată total interlocutorului
De îndepărtare/apropiere reticentă	Deplasarea	| De apropiere (aplecare spre interlocutor)
Rigidă, lascivă, înclinat spre spate	Postura	Relaxată dar atentă, uşor înclinat în faţă
Absent, sfidător, intermitent	Contactul vizual	Permanent, cuviincios, priveşte în ochi pe interlocutor
Grăbit, nu îşi întrerupe activităţile anterioare	Timpul	Răspunde prompt, consacră timpul total interlocutorului
Folosite pentru a impune distanţa faţă de interlocutor	Poziţia picioarelor şi mâinilor (şezând)	Lipsită de ostentaţie (retrase, nederanjante)
Folosit ca barieră	Mobilierul	Folosit pentru a apropia persoanele
Ţipătoare, neglijentă, provocatoare	îmbrăcămintea	De bun gust, decentă
Privire opacă, încruntare, în discrepanţă cu sentimentele	Expresia facială	Zâmbitoare, în concordanţă cu sentimentele
Distrag atenţia de la discurs, în discordanţă cu vorbirea	Gesturile	Pun în evidenţă cuvintele, calde, relaxate
Evidente, stânjenitoare	Manierismele (comportamente bizare)	Absente sau nederanjante
Foarte puternic, foarte slab	Volumul vocii	Moderat, uşor de înţeles
Precipitat, nerăbdător sau stacatto: foarte rar sau ezitant	Ritmul vorbirii	Moderat sau mai scăzut
Apatic, adormit, forţat ori nervos	Nivelul atenţiei	Alert pe tot parcursul conversaţiei

Sursa: E.La Monica. Management in Health Care. Macmillan Press LTD, London, 1994, p.178.

Cercetările efectuate în domeniul comunicării au evidenţiat existenţa unei legături directe între nivelul de pregătire, statusul social şi disponibilităţile de vorbire ale unei persoane şi numărul de gesturi utilizate de ea pentru a transmite un mesaj. Cu cât o persoană este mai instruită şi se află mai sus pe scara ierarhiei

sociale, cu atât reuşeşte să comunice mai bine prin cuvinte şi fraze. Astfel de persoane utilizează în principal limbajul verbal (bogat şi diversificat) în timp ce persoanele mai puţin instruite se bazează într-o mai mare măsură pe gesturi decât pe cuvinte.

Comunicarea în relaţia medic-pacient

Comunicarea este procesul cheie în medicină, fie că e vorba de comunicarea dintre medic şi pacient, fie dintre diverşi profesionişti implicaţi în îngrijirea medicală, fie între aceşti profesionişti şi public în general. Cea mai importantă este comunicarea între medic şi pacient întrucât ea furnizează, în bună parte, datele necesare stabilirii diagnosticului. Datorită prevalentei bolilor cronice, comunicarea efectivă între medic şi pacient capătă o importanţă tot mai mare, medicul intervenind nu doar în tratarea bolii, ci şi în ajutorarea bolnavului la rezolvarea problemelor create de boală. Pentru multe boli cronice comunicarea este, virtual, unica formă de tratament, sfatul, suportul, informaţia fiind esenţiale în a ajuta bolnavii să se adapteze la un stil de viaţă mai limitat impus de boală. De aceea însuşirea unei înalte competenţe comunicative trebuie să constituie o prioritate pentru profesioniştii din domeniul sănătăţii, în special pentru medici. Lucrul acesta presupune ca, în cadrul relaţiei de comunicare medic-pacient, medicul să poată recunoaşte şi descifra corect mesajele verbale şi nonverbale transmise de pacient. Presupune, totodată, ca medicul să ştie şi să utilizeze modalităţile cele mai adecvate, verbale şi nonverbale, de comunicare în scopul de a transmite informaţii pacientului, în funcţie de situaţia de comunicare existentă (gravitatea bolii, tipul pacientului, urgenţa, etc).

B.H.Doblin şi D.Klamen, 1997, pornind de la ideea că ameliorarea relaţiei de comunicare medic-pacient se poate face plecând de la înţelegerea complexităţii şi subtilităţii comportamentelor interpersonale, vor prezenta un experiment ce urmărea testarea competenţei comunicative la studenţii medicinişti din anul I, prin identificarea corectă a comportamentelor observate la pacienţi.

Unui număr de 166 de studenţi din anul I de la Colegiul de Medicină a Universităţii Illinois li s~au prezentat imagini înregistrate despre 6 pacienţi (trei bărbaţi şi trei femei), imagini care ilustrau trei tipuri de comportament ale pacienţilor: furie, comportament seductiv şi ipohondrie. S-a constatat că procentul de identificare corectă a comportamentului a fost sensibil diferit în funcţie de sex şi tipul de comportament al pacienţilor. Rezultatele acestui test sunt cele prezentate în tabelul nr.7.

Opinii ale pacienţilor despre comunicarea în practica medicală

Majoritatea studiilor privind punctul de vedere al pacienţilor cu privire la îngrijirea medicală ce le-a fost acordată relevă o concluzie comună: cei mai mulţi sunt nesatisfacuţi de cantitatea şi calitatea informaţiei primite în cursul îngrijirii, într-o măsură mult mai mare decât de oricare alt aspect al tratamentului lor. De

exemplu, McGhee (1961) a intervievat pacienţii la domiciliu, după 10-14 zile de la externare în legătură cu diferite aspecte ale spitalizării lor. în timp ce proporţia celor nemulţumiţi de îngrijirea medicală, de mâncare, de gălăgie sau de lipsa de politeţe nu atingea cifra de 40%, cei mai mulţi, 65%, erau nemulţumiţi de procesul de comunicare. Doar 14% au fost pe deplin mulţumiţi, restul de 21% au fost satisfăcuţi, cu unele rezerve. Pe baza unor date asemănătoare, alţi autori au

concluzionat că cel mai mare neajuns al îngrijirii spitaliceşti este schimbul sărac de informaţii cauzat de insuficienta înţelegere a nevoilor sociale şi psihologice ale pacienţilor spitalizaţi.

Tabel 7. Recunoaşterea de către studenţi a comportamentului pacienţilor

Tipul de comportament al pacienţilor	Procentul comportamentelor corect recunoscute de către studenţi (%) la	
	Bărbaţi	Femei
Furie	90%	90%
Seducţie (comportament seductiv)	5%	45%
Ipohondrie	49%	65%

Sursa: B.H.Doblin, D.D.Klamen. The ability of first year medical students to correctly identify and directly respond to patient's observed behaviors. Academic Medicine, 1997, 72(7), p.631.

Astfel într-o cercetare realizată în 1995 pe 1401 pacienţi adulţi şi 89 de medici privind cunoaşterea problemelor psihosociale a pacienţilor, Pal Gulbrandsren şi colab. (1997) au constatat că există un evantai larg de probleme psihosociale, cu impact asupra stării de sănătate a pacienţilor, care rămân în mare măsură nesesizate de către medici. Concluziile cercetării lor sunt redate în tabelul 8.

într-un studiu amplu bazat pe observaţia directă, Korsch şi colab. (1969), au investigat în cazul a 800 de consultaţii, fisurile în comunicarea dintre medici şi mame cu privire ia bolile copiilor. O cincime din numărul mamelor cu copii bolnavi au răspuns că nu li s-a dat o explicaţie clară asupra bolii copilului, iar jumătate dintre ele au răspuns că nu li s-a precizat cauza bolii. Din analiza benzilor pe care s-au înregistrat consultaţiile reieşea că medicii au făcut puţin pentru a încuraja mamele să aibă un rol activ în interviu şi puţini dintre ei au dat atenţie aspectelor bolii care îngrijorau pe mame.

Tot legat de stilul de comunicare, Bernzweig şi colab. (1997) au evidenţiat existenţa unor preferinţe diferite ale părinţilor şi copiilor privitoare la consultaţiile pediatrice. în studiul realizat de autori în Olanda, au fost cerute opiniile a 212 copii în vârstă de 4-14 ani, ca şi părinţilor lor, constatându-se diferenţe între consultaţiile pediatrice ale femeilor şi bărbaţilor medici. în timp ce copii s-au arătat mai satisfăcuţi să fie consultaţi de medici de acelaşi sex, părinţii s-au arătat mai satisfăcuţi de prestaţia medicilor femei pentru că:

• femeile medici realizează o consultaţie a copiilor mai lungă cu 29% decât bărbaţii medici;
• femeile medici se angajează în mai multe schimburi de opinii amicale cu părinţii;
• femeile medici exprimă mai multe încurajări şi asigurări despre sănătatea copilului;
• comunică mai mult decât bărbaţii medici în timpul examinării fizice a copilului (ce păr frumos ai, ce te doare aici, etc.)
• culeg mai multe informaţii despre copil decât bărbaţii medici.

Deşi bărbaţii şi femeile medici consacră cam acelaşi timp tratamentului bolii, din motivele amintite mai sus, părinţii preferă consultaţiile prestate de femeile medici,

Tabel 8. Cunoaşterea de către medic a problemelor care influenţează starea de sănătate a pacienţilor.

Tipul de probleme	**Procentul problemelor** nesesizate **de către medic**
Starea de tristeţe a pacientului	38%
Existenţa unei sarcini dificile de îngrijire a unei persoane bolnave sau handicapate în familie	24%
Violenţa sau ameninţarea cu violenţa a pacientului, din partea unei persoane apropiate (soţ, soţie, etc)	19%
Narcomania la un prieten apropiat sau rudă	45%
Conflict grav cu o persoană apropiată	46%
Singurătatea	30%
Familie dezorganizată	29%
Şomaj pe o durată mai mare de 6 luni	47%
Condiţii de muncă stresante	53%

Sursa: Pal Guldbrandsen, Per Hjordahl, Per FugellL General practitioner's knowledge of their patient's psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. BMJ, 1997, 314, p.1016.

Aceste studii arată că pacienţii doresc să ştie mai multe despre stările lor şi despre tratamentul ce li se aplică. Reader şi colab. (1957), arată că două treimi din eşantionul pacienţilor cu tratament ambulatoriu au dorit mai multe informaţii despre natura şi cauza bolii lor, peste jumătate din ei au dorit să ştie cât de serioase erau acestea şi două cincimi au dorit să ştie rezultatele şi implicaţiile oricăror teste efectuate.(vezi Locker, 1986)

Cauze ale insuficientei comunicări între medic şi pacient

Atitudinea profesională

Un mare număr de medici socotesc educaţia sanitară ca o componentă extrem de importantă a activităţii lor şi afirmă că aceasta le răpeşte o bună parte din timpul consultaţiei. Studiile asupra atitudinii profesionale arată însă că nu toţi

• femeile medici realizează o consultaţie a copiilor mai lungă cu 29% decât bărbaţii medici;
• femeile medici se angajează în mai multe schimburi de opinii amicale cu părinţii;
• femeile medici exprimă mai multe încurajări şi asigurări despre sănătatea copilului;
• comunică mai mult decât bărbaţii medici în timpul examinării fizice a copilului (ce păr frumos ai, ce te doare aici, etc.)
• culeg mai multe informaţii despre copil decât bărbaţii medici.

Deşi bărbaţii şi femeile medici consacră cam acelaşi timp tratamentului bolii, din motivele amintite mai sus, părinţii preferă consultaţiile prestate de femeile medici»

Tabel 8. Cunoaşterea de către medic a problemelor care influenţează starea de sănătate a pacienţilor.

Tipul de probleme	Procentul problemelor nesesizate de către medic
Starea de tristeţe a pacientului	**38%**
Existenţa unei sarcini dificile de îngrijire a unei persoane bolnave sau handicapate în familie	**24%**
Violenţa sau ameninţarea cu violenţa a pacientului, din partea unei persoane apropiate (soţ, soţie, etc)	**19%**
Narcomania la un prieten apropiat sau rudă	**45%**
Conflict grav cu o persoană apropiată	**46%**
Singurătatea	**30%**
Familie dezorganizată	29%
j>omaj pe o durată mai mare de 6 luni	47%
Condiţii de muncă stresante	53%

Sursa: Pal Guldbrandsen, Per Hjordahl, Per FugelH. General practitioner's knowledge of their patienf s psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. BMJ, 1997, 314, p.lG16.

Aceste studii arată că pacienţii doresc să ştie mai multe despre stările lor şi despre tratamentul ce li se aplică. Reader şi colab. (1957), arată că două treimi din eşantionul pacienţilor cu tratament ambulatoriu au dorit mai multe informaţii despre natura şi cauza bolii lor, peste jumătate din ei au dorit să ştie cât de serioase erau acestea şi două cincimi au dorit să ştie rezultatele şi implicaţiile oricăror teste efectuate.(vezi Locker, 1986)

Cauze ale insuficientei comunicări între medic şi pacient

Atitudinea profesională

Un mare număr de medici socotesc educaţia sanitară ca o componentă extrem de importantă a activităţii lor şi afirmă că aceasta le răpeşte o bună parte din timpul consultaţiei. Studiile asupra atitudinii profesionale arată însă că nu toţi

împărtăşesc acelaşi mod de a transmite informaţiile medicale. Comaroff (1976), a constatat diferenţe mari de atitudine între medicii generaiişti în ceea ce priveşte volumul de informaţii pe care-1 oferă pacienţilor. Unii au dat pacientului doar un minimum de informaţii, pacienţii care au cerut informaţii li s-au dat informaţii limitate, iar acelora care nu au pretins explicaţii, nu li s-a oferit nici una. Aceşti medici şi-au privit sarcina ca pe una de liniştire, de înlăturare a anxietăţii şi au fost reţinuţi în a furniza informaţii, pe motiv că ar cauza doar îngrijorare pacienţilor.

Alţi medici au văzut în comunicarea informaţiilor către pacient, o parte integrantă a rolului lor, indiferent dacă acestea au fost solicitate sau nu de pacient. Această a doua categorie de medici a oferit pacientului cel mai mare volum de informaţii posibil în economia de timp a consultaţiei, modificând volumul informaţiilor în funcţie de capacitatea de înţelegere a pacientului. Aceste atitudini ce privesc educaţia pacientului au fost legate de atitudini mai generale care vizează relaţia medic-pacient Prima categorie de medici are tendinţa de a accentua statutul lor profesional, distanţa profesională dintre ei şi pacienţi şi de a exercita un control sever asupra consultaţiei. Imaginea lor despre pacienţi, precum şi despre rolul lor a fost total diferită faţă de cea de-a doua categorie. Aceştia din urmă au văzut relaţia lor cu pacienţii ca o relaţie de reciprocitate, recunoscând rolul jucat de pacient pe parcursul desfăşurării relaţiei medicale.

Stiluri de interviu

în timpul unei consultaţii medicii adoptă, deliberat sau involuntar, un anumit stil particular de desfăşurare al interviului. Analize diverse ale interviurilor au stabilit o gamă de stiluri distincte şi le-au asociat cu problemele de comunicare. Cea mai comună abordare, descrisă ca *birocratică,* este caracterizată printr-un sondaj eficient din partea medicului, o limitare a sensibilităţii pacientului şi nu diferă mult de la un pacient la altul. Majoritatea pacienţilor examinaţi de medicii care practică acest stil, urmându-le indicaţiile, au răspuns întrebărilor printr-o colaborare seacă, dar fără să aibă iniţiativa de a extinde dialogul Alţi medici au fost catalogaţi ca având un stil *orientat spre persoană,* stil în care empatia şi conştientizarea sentimentelor pacienţilor au făcut obiectul comunicării în timpul consultaţiei.

De exemplu, Byrne şi Long (1976), urmărind 2500 de interviuri a 60 de medici generaiişti britanici, au identificat câteva moduri de interacţiune, oscilând între stilul orientat spre medici şi cel orientat spre pacienţi. Majoritatea medicilor s-au plasat în categoria stilului orientat spre medici. Aceste moduri de interviuri nu permit accesul la problemele şi sentimentele pacienţilor, medicii sunt refractari la informaţii ce nu sunt direct legate de aspectele investigate. Aceste studii sugerează că mulţi aderă la o abordare strict biomedicală, fiind preocupaţi doar de elementele necesare precizării diagnosticului. Problemele umane sunt privite ca un impediment într-o consultaţie eficientă. Medicii angajaţi într-o astfel de abordare se caracterizează mai mult prin tendinţa de a reţine informaţia de la pacient decât de a furniza pacientului informaţie.

Problema incertitudinii

Mulţi autori au abordat problema incertitudinii şi măsura în care ea caracterizează practica medicală modernă. în ceea ce priveşte bolile cronice, etiologia lor nefiind suficient cunoscută, nici pacienţilor nu li se pot furniza explicaţii pe de-a-ntregul satisfăcătoare. în mod similar, nici prognozele nu pot fi date cu certitudine din moment ce evoluţia bolii şi rezultatul acesteia se supun unor mari variaţii. în astfel de cazuri un motiv pentru care nu este furnizată informaţie ar fi, deci, că există puţină informaţie de dat. Totuşi, această incertitudine este rar comunicată pacienţilor şi chiar atunci când medicii sunt siguri de evoluţia unei boli sau de rezultatul unui tratament ei pot fi reţinuţi în a comunica informaţiile privitoare la ele.

Davis (1963), studiind familiile cu copii bolnavi de poliomielită, a ajuns la concluzia că prognoza a fost comunicată părinţilor mult mai târziu decât momentul în care medici au fost edificaţi asupra bolii şi asupra posibilităţilor pe care le mai aveau copiii bolnavi. Menţinerea incertitudinii e una din căile prin care medicii menţin controlul atât asupra pacientului cât şi asupra tratamentului. Omisiunea informării pacientului poate masca propria incertitudine a medicului, pe de o parte, iar pe de **altă** parte poate menţine încrederea pacientului în eficacitatea tratamentului şi îi limitează totodată rolul în decizia medicală.

Diferenţa de **clasă şi** statut social

Slaba comunicare în relaţia medic-pacient a fost frecvent pusă pe seama barierelor create de diferenţele de clasă şi statut dintre medic şi pacienţii săi. Aceste diferenţe au efect atât asupra informaţiei pe care pacienţii o transmit medicului, cât şi asupra abilităţii medicului de a obţine informaţia adecvată de la pacient.

într-un studiu asupra pacienţilor spitalizaţi, Cartwright constată că doar 45% au obţinut informaţia pe care o doreau întrebându-1 pe medic sau pe asistentă. Restul, fie că au aşteptat să li se spună, fie că nu au primit nici o informaţie. Cartwright afirmă că în funcţie de clasa socială există diferenţe în modul în care pacienţii achiziţionează informaţia. Se face distincţie între şase clase sociale, clase deosebite în funcţie de venituri, ocupaţie, prestigiu social, statut, etc, conform tabelului 9.

în timp ce 65% din pacienţii din prima clasă socială , solicită informaţii, doar 40% din clasa socială a lucrătorilor parţial calificaţi au solicitat medicilor informaţii cu privire la boală. Cei cu ocupaţii manuale, în general, au aşteptat până ce li s-au dat informaţiile de care aveau nevoie sau nu au mai descoperit ceea ce vroiau să ştie. Rezultate similare reies şi din studiul lui Cartwright şi O'Brien (1976) cu privire la consultaţiile făcute de medicii generalişti pacienţilor în vârstă. In medie, consultaţiile cu pacienţii din clasa de mijloc au fost mai lungi decât acelea cu pacienţii din clasa muncitoare. Pacienţii din clasa de mijloc au pus mai multe întrebări şi au discutat mai multe probleme cu medicul, cu toate că unele simptome le-au menţionat la un interviu de dinaintea consultaţiei, (vezi tabel 10.).

Relativul dezavantaj al pacienţilor din clasa muncitoare poate fi pus pe seama distanţei sociale dintre medic şi aceştia, pe de o parte, pe de altă parte poate fi atribuit presupunerii făcute de medici, că dacă pacienţii nu pun întrebări, înseamnă că nu doresc să fie informaţi.

Tabel 9. Clasificarea claselor sociale

Clasa socială	Exemple
Profesionişti cu înaltă calificare	Experţi contabili, medici, jurişti
Profesionişti cu calificare intermediară	Manager, profesor de scoală, asistentă medicală
Lucrători non-manuali calificaţi	Funcţionari, secretari, vânzători
Lucrători manuali calificaţi	Şoferi de autobuz, mineri din exploatări de suprafaţă, dulgheri
Lucrători parţial calificaţi	Lucrători agricoli, taxatori, poştaşi
Lucrători fără calificare	Muncitori necalificaţi, spălători, docheri

Sursa: D.Patrick, G.Scambler. Sociology Applied to Medicine, Baiiliere Tindall, London, p.117.

Tabel 10. Consultaţii de medicină generală la pacienţii de 65 de ani şi peste, în funcţie de clasa socială

	Clasa de mijloc	Clasa muncitoare
Durata medie a consultaţiei (minute)	6,2	4,7
Media numărului de întrebări puse de pacient	3,7	3,0
Media numărului de probleme discutate cu medicul	4,1	2,8
Media numărului de simptome menţionate la un interviu înaintea consultaţiei	2,2	3,0

Sursa: D.Patrick, G.Scambler, 1986, p.102.

Medicii pot contribui la neîncrederea pacienţilor, în mod direct şi prin felul în care răspund pacienţilor care solicită informaţii. Cartwright şi O'Brien (1976(au ajuns la concluzia că medicii implicaţi în studiul lor sunt mai puţin satisfăcuţi de consultaţiile în care timpul afectat unui pacient nu a durat **mai** mult de cinci minute şi în care pacientul a pus doar o întrebare. Este însă puţin probabil ca pacientul să conştientizeze dorinţa medicului de a continua discuţia şi să-şi modifice în consecinţă, comportamentul.

Perspective diferite ale medicului şi pacientului

Pot apărea dificultăţi de comunicare între medic şi pacient datorită perspectivelor diferite asupra stării de boală şi asupra obiectivului consultaţiei, perspective proprii fiecăruia dintre ei. Perspectiva medicului acordă importanţă raţionamentului ştiinţific şi datelor psiho-clinice în diagnosticarea bolii.

Perspectiva pacientului accentuează importanţa experienţei subiective a bolii şi semnificaţia duratei acestei experienţe. în mod similar practicii medicale, care angajează un anumit număr de modele în explicarea bolii şi tratamentului ei, şi pacienţii îşi dezvoltă ideile lor, modelele lor cu privire la boală şi tratament.

Aceste modele caută răspunsuri unor întrebări de genul: De ce m-am îmbolnăvit de această boală? De ce mi s-a întâmplat tocmai mie? De ce, acum? etc., dorind explicaţii cu privire la originea şi natura bolii. Ca urmare pacienţii caută informaţii care să le desluşească boala prin modelele explicative create de ei. Acolo unde medicii sunt nereceptivi la aceste concepte ale lor, pacienţii nu vor acumula informaţia de care au nevoie pentru a rezolva problemele mai largi de sănătate şi cele emoţionale asociate bolii.

O menţiune specială se impune în cazul bolilor cu potenţial letal, în speţă în cazul cancerului, privind întrebarea dacă să fie sau nu comunicat pacientului adevărul cu privire la diagnostic. într-un articol intitulat semnificativ „Discutând cu pacienţii despre cancer", R.Buckman (1996) dă un răspuns afirmativ întrebării, respingând atitudinea, răspândită încă printre medici, conform căreia se recunoaşte necesitatea informării pacientului dar se caută scuze pentru a nu o face.

Faţă de această problemă, atitudinea medicilor şi pacienţilor s-a modificat în ultimele decenii. Astfel, dacă în 1961 procentul medicilor chirurgi din SUA care nu discutau cu pacienţii în cazul diagnosticării unui cancer, era de 90%, după 20 de ani, peste 90% din medicii americani declarau că ar comunica pacienţilor lor diagnosticul de cancer. Problema pentru ei consta nu atât în a comunica adevărul cu privire la diagnostic, cât mai degrabă în ce anume şi cum anume trebuie spus pacienţilor.

O situaţie diferită se întâlneşte în Marea Britanie şi în alte regiuni din Europa. Un studiu efectuat printre gastroenterologii europeni a arătat că aproximativ 60% din ei nu comunică în mod obişnuit pacienţilor lor un diagnostic de cancer dacă aceştia nu întreabă, iar în Marea Britanie 75% dintre medicii generalştl şi 56% dintre medicii primari din spitale nu comunică de regulă pacienţilor lor diagnosticul de cancer.

în mod tradiţional, crede Buckman, clinicienii au găsit două justificări principale pentru a menţine pacienţii în necunoştinţă de cauză privind diagnosticul lor. în primul rând, faptul că aflarea diagnosticului le-ar cauza supărări pacienţilor. Acest lucru este adevărat, dar o astfel de argumentare nu este acceptată pentru nici o profesie în care veştile ar putea fi rele: contabili, bancheri, agenţi de bursă şi altele. Ca atare, nici în acest caz nu s-ar justifica.

în al doilea rând, medicii au presupus că pacienţii lor nu ar dori să cunoască cu adevărat diagnosticul.

Acest argument a fost contrazis de alte studii (Meredith şi colab. 1996, Benson şi Brittan 1996) citate de Buckman şi care arată că 79% dintre pacienţii aflaţi în atenţia unor centre de oncologie doreau cât mai multe informaţii posibile, iar 96% doreau să ştie în mod specific dacă au cancer. Aproape toţi pacienţii doreau să ştie care sunt şansele de vindecare şi care sunt efectele secundare ale

tratamentului. Mai mult, pacienţii au considerat că au o serie de drepturi în ceea ce priveşte informarea despre diagnosticul lor şi că ar trebui să aibă un cuvânt de spus în ceea ce priveşte comunicarea acestuia altor persoane, inclusiv informarea membrilor familiei.

Dificultăţi legate de înţelegere şi memorie

Chiar şi atunci când medicii fac eforturi speciale ca să-şi informeze pacienţii şi să îmbunătăţească relaţia comunicaţională, aceasta poate rămâne deficitară şi din alte motive. Ley şi Spelman (1967) specifică două dintre ele: lipsa de înţelegere şi de memorie (uitarea). Tabelul 11 înşiră un număr de studii care arată că o mare parte din ceea ce li se spune pacienţilor, se uită, chiar la câteva minute după consultaţie.

Există câţiva factori care pot influenţa înţelegerea şi memorizarea informaţiilor în timpul consultaţiei. în primul rând posibilitatea ca medicii să folosească un limbaj foarte tehnic care să nu fie familiar pacientului. Mesajele formulate în acest limbaj pot, foarte probabil, să nu fie accesibile înţelegerii pacientului. Chiar şi în cazul folosirii unui limbaj comun poate rezulta o înţelegere deficitară sau confuzie din cauza cunoştinţelor limitate ale pacienţilor cu privire la boală şi alte probleme medicale. Unii pacienţi se reţin (din motive de jenă, sfială, etc.) să ceară informaţii suplimentare, clarificări la ceea ce nu înţeleg. Pe de altă parte, întâlnirea cu medicul constituie, de obicei, un motiv de agitaţie şi acest lucru influenţează negativ procesul de memorare al informaţiilor.

Tabel 11. Rezultatul unor studii asupra gradului de uitare a informaţiei medicale de către pacienţi

Investigatori	**Tip de** pacient	**Timpul între consultaţie şi testarea gradului de memorizare (minute)**	**Procente uitate** (%)
Ley şi Spelman	47 pacienţi externaţi	10-80	37,2
Ley şi Spelman	Lot A: 22 pacienţi externaţi Lot B: 22 pacienţi _extema|i	10-80 10-80	38,7 40,6
Joice şi colab.	Lot A: 30 pacienţi externaţi LotB: 24 pacienţi externaţi	Imediat după consultaţie Imediat după consultaţie	52,0 54,0
Ley şi colab.	20 pacienţi în cabinetul medicului generalist	mai puţin de 5 minute	50,0

Sursa: D.Patrick, G.Scambler. 1986, p.103.

Mai există posibilitatea ca pacienţilor să li se comunice (deşi într-un limbaj comun şi uşori de înţeles) prea multe date şi prea repede, ei neputând recepţiona şi

mai ales memoriza întreg mesajul. Ca urmare, ei selectează doar o parte din informaţie, restul o exclud.

Ceea ce este recepţionat la început se reţine cel mai bine; se reţine mai multă informaţie dacă importanţa acesteia este accentuată. Pacienţii memorează mai mult din ceea ce ei consideră că ar fi mai important.

Instrucţiunile privind tratamentul, date la sfârşitul consultaţiei sunt, de obicei, uitate mai repede, pacienţii tind să le confere o importanţă mai mică de I vreme ce sunt enunţate la urmă.

Experimente făcute în funcţie de considerarea acestor aspecte ale transmiterii informaţiei au evidenţiat îmbunătăţirea substanţială a comunicaţiei medic-pacient şi un procent crescut al informaţiilor memorizate (Ley, 1976).

C.Charles şi colab. (1997) subliniază importanţa unui model nou de luare a deciziilor privind tratamentul, model numit ***coparticipativ,*** în care medicul şi pacientul schimbă informaţii relevante privind boala şi tratamentul.

Acest model are următoarele caracteristici:

- trebuie să existe cel puţin doi participanţi în luarea deciziilor medicale: medicul şi pacientul;
- ambii participanţi trebuie să~şi transmită reciproc informaţiile pe care le deţin;
- ambii participanţi trebuie să facă paşi în direcţia consensului privitor la metoda de tratament preferată;
- realizarea unui acord asupra tratamentului ce va fi aplicat.

Un astfel de model facilitează rezolvarea unor probleme dificile, sporeşte complianta pacienţilor ceea ce face necesară implementarea lui, susţin autorii, mai ales în cazul bolilor grave (cancer, diabet, boli cardio-vasculare).

în aceeaşi idee, Î.Bamforth (1997) accentuează importanţa obţinerii consensului în cunoştinţă de cauză, în relaţia medic-pacient. Acest lucru se poate realiza, după opinia lui, în funcţie de următoarele şase criterii:

1. descrierea naturii (conţinutului) deciziei medicale;
2. discuţia alternativelor posibile la decizia luată;
3. abordarea riscurilor şi beneficiilor tratamentului propus;
4. discutarea incertitudinilor legate de tratament;
5. evaluarea gradului de înţelegere de către pacient a problemelor discutate în cursul acestei relaţii;
6. evidenţierea preferinţelor pacientului pentru cursul relaţiei terapeutice.

Practica a arătat, susţine Bamforth, că medicii descriu în mod frecvent natura deciziei luate, mai puţin frecvent discută riscurile şi beneficiile tratamentului propus şi rareori evaluează înţelegerea de către pacient a deciziei terapeutice luate de medic.

Multe studii asupra pacienţilor mulţumiţi de îngrijirile primite menţionează faptul că pacienţii au tendinţa de a pune accent mai mult pe calităţile personale ale medicului decât pe abilităţile sale tehnice, profesionale. în această privinţă disponibilitatea medicului de a furniza informaţii, de a-i acorda o parte din timp şi

explicaţii detaliate, e considerat ca un indicator al grijii generale faţă de pacienţi şi faţă de bunăstarea lor.

Aceste calităţi ale medicilor sunt dintre cele mai apreciate de către pacienţi.

Acest lucru este pus în evidenţă şi de Levinson şi coiab. (1997) într-un studiu privind rolul comunicării medic-pacient în raport cu acuzaţiile de neglijenţă profesională.

Diferenţele dintre medicii care au avut acuzaţii de neglijenţă medicală şi cei care nu au avut, se datorează, susţin autorii, diferenţelor de competenţă comunicaţională. Medicii fără nici un caz de acuzaţie pentru neglijenţă profesională au un stil comunicaţional caracterizat prin următoarele trăsături:

- explicarea clară a evoluţiei stării de sănătate a pacientului şi a succesiunii vizitelor ulterioare la cabinetul medical;
- utilizarea pe scară largă a râsului şi a simţului umorului;
- tendinţa spre încurajarea unei comunicări destinse şi cuprinzătoare (solicitarea opiniei pacienţilor, încurajarea pacienţilor să-şi spună necazurile, verificarea gradului de înţelegere a problemelor medicale de către pacienţi);
- durata mai mare a consultaţiilor medicale (o diferenţă medie de peste trei minute pe consultaţie)

Concluzia acestui studiu accentuează necesitatea perfecţionării competenţei comunicative a medicilor pentru a se feri de acuzaţiile de neglijenţă profesională.

Metode de îmbunătăţire a relaţiei de comunicare în îngrijirea medicală

Ley **(1976),** a formulat pe baza studiilor sale asupra înţelegerii şi memorării informaţiilor medicale, câteva sugestii privitoare la îmbunătăţirea comunicării medic-pacient.

- îndrumările şi recomandările să fie date la începutul interviului;
- să fie accentuată importanţa recomandărilor şi indicaţiilor medicale;
- să se folosească propoziţii şi cuvinte scurte;
- informaţia ce trebuie comunicată să fie formulată în propoziţii clare;
- să se repete recomandările;
- să se dea informaţii concrete, precise, detaliate, mai degrabă decât informaţii generale.

El opinează că pacienţilor ar trebui să li se dea informaţii scrise ca să se poată orienta după ele când este cazul Cartwright, analizând comunicarea deficitară dintre personalul medical şi pacient în cadrul spitalului, sugera că în spital ar trebui să existe o persoană competentă a cărei sarcină să fie informarea pacientului.

Dacă în afara spitalului bolnavul poate apela la medicul său, în spital, unde obligaţia de a-1 informa pe pacient revine echipei (de medici şi asistente), nici unul dintre ei nu îndeplineşte complet rolul de informare. Fiecare poate presupune că un altul a comunicat bolnavului ceea ce vrea sau simte nevoia să ştie, fără ca de fapt, vreunul dintre ei să o facă.

Tabel 12. Abilităţi/capacităţi comunicaţionale decisive în relaţia medic pacient

Abilităţi comunicaţionale	Procente
Examinarea fizică directă a părţilor organismului relevante pentru suferinţa pacientului	97%
Explicarea naturii medicaţiei şi tratamentului prescris	91%
Evaluarea complianţei pacientului într-o atmosferă calmă, destinsă	90%
Facilitarea comunicării pacientului prin ascultarea lui atentă şi încurajarea sa în exprimare	83%
Elaborarea anamnezei în urma descrierii simptomelor trăite de către pacient, cu propriile cuvinte	82%
Încurajarea pacientului să pună întrebări despre diagnosticul, tratamentul şi prognosticul bolii	75%
Explicarea de către medic a naturii bolii	62%
Informarea medicului cu privire la situaţia şi problemele sociale ale pacientului	59%
Descifrarea reacţiei emoţionale a pacientului la starea sa de boală	35%
Chestionarea pacientului despre ce şi cât a înţeles el despre propria sa boală	27%

Sursa: D.L.Duffy, D.Hamerman, M.A.Cohen. Comunication skills of house officers: A study in a medical clinic. Annals of Internal Medicine, 1980, 93, p.354-357, apud. B.L.Bloom. Health Psychology, A Psychosocial Perspective, Eglewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1988, p.319-320

Responsabilitatea îmbunătăţirii comunicaţiei revine în ultimă instanţă medicului, de vreme ce el deţine controlul asupra consultaţiei şi determină forma şi conţinutul ei.

Duffy, Hamerman şi Cohen au identificat 10 tipuri de abilităţi comunicaţionale în relaţia medic-pacient[5] într-o cercetare făcută pe 20 de medici interni şi rezidenţi şi 60 de pacienţi, abilităţi întâlnite cu o frecvenţă distribuită între 27% şi 97%. Ele sunt prezentate în tabelul 12.

Stabilirea diagnosticului şi a tratamentului, chiar dacă rămân principalele scopuri ale relaţiei medic-pacîent, nu trebuie să acopere întreaga arie problematică a acestei relaţii. în acest sens trebuie conştientizată nevoia pacientului de a fi informat, necesitatea extinderii interviului cu elemente în afara celor clinice dar care au importanţă mare din punct de vedere medical Soluţia unei comunicări eficiente rezidă în stilul de interviu adoptat de medic. El trebuie să-şi dezvolte abilitatea de a recunoaşte căile subtile prin care pacienţii încearcă să le comunice problemele şi preocupările lor şi să investigheze activ ideile şi opiniile lor privitoare la starea lor de sănătate.

X.Profilul psihologic al profesioniştilor în sănătate

Introducere

în general, oamenii îşi imaginează că doctorii sunt atractivi şi înţelepţi, capabili să rezolve o gamă largă de probleme medicale.

Cu alte cuvinte, oamenii au o imagine stereotipă în legătură cu doctorii. Majoritatea se gândesc la Dr. Albert Schweitzer, care a primit premiul Nobel pentru Pace, ca şi recunoaştere a anilor întregi de pionerat în Africa. Asistentele sunt văzute ca întruchiparea lui Florence Nightingaie (sec. XIX, Anglia), reformatoare a practicii asistentelor şi a principiilor de îngrijire a pacienţilor.

De fapt» rolul de medic nu este atât de strălucitor cât este de stresant şi dificil Medicii reprezintă o varietate largă de personalităţi, cu propriile lor probleme*

Medicii, asistentele, infirmierele, asistenţii sociali şi alţi profesionişti în domeniul medical se consideră recompensaţi „sufletește" ajutând oamenii, efectuând o muncă utilă societăţii, fiind expuşi la o gamă largă de experienţe umane şi fiicând faţă provocărilor zilnice. Unii beneficiază şi de recompensă materială satisfăcătoare - bani. în general, studiile arată că cei care lucrează în domeniu medical sunt satisfăcuţi de cariera lor. Dar au de plătit un preţ: un stres la care trebuie să facă faţă şi o rată ridicată de suicid. Există o tensiune crescută în timpul studenţiei şi, de asemenea, în timpul practicării medicinei trebuie să facă faţă tribulaţiei (zbucium sufletesc) determinată de responsabilitatea vieţii umane.

Calitatea muncii depuse de practicanţi (cei care promovează sănătatea: medici, asistenţi) depinde de aspectele psihologice ale propriei lor vieţi. Uneori medicii întâmpină probleme în comunicarea cu pacienţii sau în empatizarea (identificare afectivă) cu ei, din cauza propriei lor anxietăţi. Dacă sunt stresaţi, randamentul lor este mai redus. Pot deveni rigizi şi să pună un diagnostic greşit, sau pot găsi acuzele pacientului ca fiind vulgare, din cauză că sunt copleşiţi de propriile lor probleme.

Stresul începe cu educaţia medicală.

Importanţa cunoaşterii eului

Alegerea carierei medicale

•aproximativ 50% din studenţi au iacut alegerea înainte de terminarea liceului;
2/3 în clasa a IX-a, a X-a; •s-a emis ipoteza că alegerea carierei medicale, ca şi alte opţiuni profesionale,
depinde de experienţele din copilărie;
•s-a găsit că cei care au ales medicina (femei sau bărbaţi) aveau tatăl medic; •dacă nu au părinţi medici, atunci a fost expunerea frecventă la boli în familie.

S-a iacut o comparaţie între liceeni care doreau să urmeze medicina şi restul

Cei ce doreau medicina erau mai competitivi, cinici, foarte bine pregătiţi, foarte motivaţi, disciplinaţi, dornici să-şi atingă scopul, foarte mândri de alegerea carierei,

într-un studiu la Yale, Hackman a observat că cei ce~şi doresc medicina au cel mai înalt grad de stereotipii: sunt excesiv de muncitori, competitivi, cu spectru îngust de interes, mai puţini sociabili, foarte interesaţi de prestigiu şi bani; acest lucru se datorează expectanţelor şcolilor medicale.

învăţământul medical

Studenţii la medicină încep primul an cu mari aşteptări: au atins vârful dorit după ani de pregătire. Deseori, realitatea nu coincide cu aşteptările, ceea ce poate determina probleme serioase.

O imagine comună a studentului începător este: o persoană idealistă, interesată profund de problemele fizice, emoţionale, sociale ale omului. Dar pe parcursul anului I, medicul potenţial, trecând prin numeroase experienţe anxiogene, suferă o erodare a idealismului.

Educaţia premedicaîă este intens competiţională; aproximativ 50% dintre cei care se înscriu sunt respinşi, deşi competiţia a scăzut uşor în ultimii ani.

începătorii învaţă curând că există o diferenţă între propriile lor aşteptări şi realitate.

în timpul primilor 2-3 ani, principalul ţel al majorităţii facultăţilor este de a-i învăţa noţiuni tehnice, ceea ce este frustrant (ei dorind contactul uman).

Foarte puţini obţin note mari la examene, deşi cei mai mulţi au fost premianţi, aceasta producându-îe umilinţe, şi ca urmare mulţi dintre ei se retrag. Studenţii trebuie să rezolve problema existenţei unui material imens de memorat faţă de timpul scurt avut la dispoziţie. în primul an se plâng că este multă materie de învăţat într-o mică perioadă de timp, în care nici măcar nu o pot citi în totalitate. Devin anxioşi gândîndu-se că trebuie să aibă grijă în viitor de pacienţi, şi că ar putea trece peste o informaţie critică, ceva care li s-a predat, dar ei n-au memorizat. Pe măsură ce-şi recunosc propriile limite, înţeleg că şi cunoaşterea medicală este limitată. Există dezacorduri chiar între cei mai „proeminenţi" medici în metodologia tratării pacientului; medicina nu are răspuns la toate întrebările,

Gaensbauer şi Mizner, *din* datele asupra studenţilor (evaluare psihiatrică) au identificat următoarele faze:

• în anul I de medicină, studentul este supus la trei cauze de stres:
•expectanţele intelectuale (complexitatea şi cantitatea de material de învăţat);
•competiţia între studenţi; •ruperea de relaţiile sociale şi personale odată cu intrarea la medicină

Pentru a se adapta acestui stres, studenţii au trebuit să-şi dezvolte abilitatea de a tolera nesiguranţa cunoştinţelor în privinţa materialului, Iară a deveni anxioşi,

de a încerca să atingă performanţele de care sunt capabili, să-şi stabilească relaţiile sociale satisfăcătoare, fără a dezvolta un comportament impulsiv sau agresiv.

- Anul II -criza dedicaţiei pentru medicină

Studentul se confruntă cu boala, suferinţa, frica.

Mecanismul adaptativ care se dezvoltă este o anumită detaşare, fără a-şi pierde umanitatea.

- Anul III - când studentul îşi stabileşte identitatea de medic

Studenţii devin conştienţi de responsabilitatea vieţii umane.

- Pe măsură ce se apropie sfârşitul educaţiei medicale, apare anxietatea în legătură cu propria competenţă şi abilitate de a vindeca oamenii.

Eroi a Incut un studiu din care reiese că studentul tinde să devină mai cinic şi să-i scadă umanitarismul pe măsură ce termină facultatea.

Medicul este educat să folosească „capul" şi nu „inima", să fie interesat de fiziologia umană şi nu de psihologie.

S-a încercat introducerea unor cursuri, care să îndrepte atenţia studentului spre problemele emoţionale ale pacientului, spre profilaxia bolii şi reintegrarea socială a pacientului, nu doar spre tratamentul acut.

S-a observat că aceste cursuri nu au efect de durată, eventual încetinesc dar nu opresc cinismul

După Rezler, singurul mijloc prin care se vor educa medicii interesaţi de "omul-pacient" este modificând criteriile de selecţie (de admitere).

Surse de stres pentru studenţi

După Awboly acestea sunt:

- lipsa timpului de recreere şi socializare;
- imposibilitatea de a învăţa tot de trebuie ştiut;
- frica de a nu greşi;
- simţământul de dezumanizare şi singurătate;
- lipsa de bani;
- nesiguranţa în privinţa alegerii profesiei;
- faptul că nu înţeleg ce învaţă.

Studenţii sunt deseori frustraţi când realizează că au devenit reci şi „căliţi" faţă de problemele emoţionale ale pacientului. Ei se focalizează pe notarea rezultatelor analizelor de laborator şi pe completarea foilor de observaţie. Ei pot recunoaşte că dezvoltă atitudini nesănătoase în legătură cu pacienţii şi sentimentelor lor. Această pierdere a idealismului cu schimbarea aşteptărilor lor, constituie o sursă de anxietate pentru studenţii la medicină.

Un alt stres psihologic îl constituie primul contact cu un om suferind sau aflat în pragul morţii. Studentului îi poate fi frică că nu ştie să se comporte adecvat cu bolnavul. Pe măsură ce responsabilităţile studentului cresc, cu atât mai puţin studentul îşi acordă timp pentru introspecţie (propriile frici şi emoţii).

Studenţii la medicină experimentează şi „crize de identitate", ceea ce este de înţeles având în vedere că studentul la medicină are o identitate dual㠎ntre cei

de vârsta lui şi profesorii de la facultate el este „student". Dar, pentru pacienţi, el este „doctor". Această dualitate sau „conflict între roluri" este o sursă obişnuită de stres,

Pentru a supravieţui competiţiei, unii studenţi devin compulsivi în legătură cu munca lor, lăsându-şi prea puţin timp pentru recreere, prieteni şi familie. Fără legătura cu „lumea exterioară", studenţii îşi pierd perspectiva asupra muncii lor, şi pierd suportul emoţional al prietenilor şi familiei.

în concluzie, poate că cea mai severă consecinţă a educaţiei medicale este „violenţa" asupra imaginii de sine. Studenţii tind să«şi trateze pacienţii similar modului în care sunt trataţi ei însuşi de către profesori.

Sugestii pentru îmbunătăţirea educaţiei medicale

Mediul studenţesc se caracterizează prin comunicare şi înţelegere împărtăşită între studenţii aceleiaşi grupe (serii).

Prin mijloace intbrmale studenţii oferă informaţie şi suport pentru flecare în particular în achiziţionarea şi validarea cererilor facultăţii. Majoritatea seriilor (grupelor), în funcţie de mărimea lor, devin rapid un grup compact sau mai multe.

Pentru a face faţă tensiunii în timpul educaţiei medicale, studenţii cer ajutor colegilor, îmbunătăţindu-şi adaptarea şi capacitatea de a face faţă stresului. Acest răspuns natural poate fi utilizat pentru îmbunătăţirea educaţiei medicale a medicului. în unele şcoli medicale progresive, sunt organizate programe de terapie de consiliere în grup.

Un al doilea mecanism prin care studenţii fac fată, stresului este prin identificarea cu „facultatea", prin compararea şi interreacţia cu profesorii, pe care îi iau drept model.

O a treia metodă de adaptare a studentului implică structura învăţământului medical. Modelul tradiţional al bolii - biomedical, este înlocuit treptat de modelul biopsihosocial, încercând să se înţeleagă cum forţele sociale, preferinţele stilului de viaţă, comportamentele maladaptîve afectează sănătatea pacientului. Atunci când facultatea are toleranţă faţă de aspectele sociale şi psihologice ale vieţii studentului şi studenţii, îa rândul lor, învaţă cum să facă faţă diferitelor probleme ale pacientului.

Personalitatea şi specializarea în medicină

Medicina reprezintă un câmp vast care permite un spectru larg de activităţi.

Studentul trebuie să aleagă dacă va lucra în domeniul cercetării, cu pacienţii, predând studenţilor, sau o combinaţie între acestea. Alegerea specialităţii este o decizie importantă, fiecare specialitate are stresul şi cerinţele specifice.

Alegerea unei specialităţi improprii poate duce îa o profundă insatisfacţie şi o slabă competenţă în practica medicală.

Nu există nici o teorie competentă care să ajute ia alegerea specialităţii.

Factorii de mediu sunt importanţi în influenţarea alegerii. Popularitatea specialităţilor variază în timp. înainte de a fi admişi la facultate, studenţii au deja

o preferinţă pentru domeniul chirurgical, medical, psihiatrie, dar aceste preferinţe sunt bazate pe stereotipii, marea majoritate neadecvate. Ei învaţă care specialitate este mai bine remunerată.

Al doilea factor care afectează alegerea specialităţii este caracteristica studentului: personalitate, valori, cunoştinţe academice. Rezultatele studiilor sunt variate. De exemplu, psihiatrii sunt văzuţi ca şi persoane emoţional instabile, dar interesaţi de probleme intelectuale, ceea ce nu este întotdeauna adevărat. Indivizii care sunt atraşi de psihiatrie sunt mai puţin autoritari ca şi ceilalţi studenţi, pot avea o mai mare anxietate în legătură cu moartea, dar nu sunt în general instabili. Studenţii care aleg psihiatria au valori sociale şi estetice mai mari decât restul. Studenţii care aleg chirurgia au valori economice mai înalte şi toleranţa pentru ore multe de muncă.

S-a descoperit că studenţii care provin din clase sociale joase, aleg medicina generală sau medicina de familie. Cei care provin din familii de medici aleg specialităţi ca şi oftalmologia, dermatologia, chirurgia, mai puţin pediatria, psihiatria, obstetrica. Femeile medic aleg mai ales psihiatrie, pediatrie, anesteziologie.

O alegere bună a specialităţii implică o utilizare adecvată a talentelor şi abilităţilor.

Funcţia de intern şi rezidenţiat

Termenul de intern se referă tradiţional la studentul aflat în I an de învăţământ postfacultate (stagiar).

Internul/rezidentul nu mai este student, dar nici doctor „deplin", munca lui fiind supervizată, în cadrul unui spital universitar. Deoarece el este văzut în continuare ca fiind în timpul educării, primeşte un salar mic.

Rezidenţii sunt anxioşi gândindu-se că nu fac faţă problemelor pacientului şi că nu-şi pot face munca.

Orarul pe timpul rezidenţiatului poate include 36 de ore de muncă şi 12 ore de pauză într-o perioadă de 48 de ore. Mulţi nu sunt capabili să facă faţă oboselii, iar când sunt în afara programului nu sunt capabili să se relaxeze.

Dar concentrarea masivă asupra problemelor pacientului poate duce la neglijarea propriei persoane, medicul angajându-se în comportamente autodistructive: nutriţie precară, fumat, lipsă de exerciţii fizice şi relaxare, şi lipsa altor preocupări în afara medicinii.

Dacă medicul nu şi-a dezvoltat mecanisme de adaptare adecvate, stresul zilnic îl poate doborâ, devenind el însuşi o victimă.

Deşi, aceste aspecte sunt cunoscute, există puţine mecanisme, care să ofere suport emoţional medicului şi puţină flexibilitate în structura educaţională.

O alternativă; o ucenicie mai lungă

Ce se poate face pentru a rupe acest cerc vicios în care generaţie după generaţie de medici suferă în timpul educării ?

Modificările în sistemul educaţional actual nu se produc din cauza a doi factori:

1. o cantitate imensă de informaţie şi manopere ce trebuiesc învăţate: este un argument slab, deoarece cunoştinţele medicale se modifică rapid, cunoştinţele învăţate în 1960, chiar 1980 sunt inutile azi; medicul învaţă toată viaţa.
2. economic; educaţia medicală este scumpă, deci trebuie să fie intensivă; dacă studenţii şi rezidenţii n-ar lucra în spitale, costul spitalizării ar fi prea ridicat; atunci când termină educaţia aceştia cer o renumerare imensă; societatea plăteşte costurile oricum, dar în diferite feluri.

O posibilitate de eliminare a acestor probleme este crearea unui model de educaţie pe termen mai lung.

Este necesar ca viitorul candidat la medicină să obţină o educaţie în colegiu de „ştiinţe umaniste", care-l învaţă să gândească, să se pregătească pentru o viată întreagă de învăţătură, şi-1 expune la valorile etice necesare pentru lucrul cu vieţile altora.

în modelul de lungă durată educaţia medicală nu se termină niciodată, dar cantitatea de muncă este rezonabilă. De asemenea, studenţii vor avea timp şi pentru alte activităţi.

Beneficii ale acestui model:

- studenţii care simt că-şi pot dedica viaţa pacienţilor ar fi favorizaţi;
- fetele nu ar mai trebui să aştepte până la vârsta de 35, 36 de ani să aibă copii;
- mulţi vor fi incluşi în predare (învăţământ);
- educaţia continuă ar surveni mai natural.

Rezidenţiatul

De cele mai multe ori singurul scop este de „supravieţuire":

- să treacă cât mai repede şi cu bine ziua de muncă;
- să reuşească să doarmă mai mult.

De la rezidenţi se cere un comportament matur, după ce ani întregi ei au suferit o maturizare întârziată, datorită educaţiei medicale intense. în plus, unii din ei sunt puşi în faţa responsabilităţii căsătoriei sau celei de a fi părinte. în acest timp se poate intensifica presiunea materială, iar relaţiile de prietenie se pot deteriora.

In rine, frica de a avea o performantă inadecvată ca medici duce la ignorarea propriei lor dezvoltări, fiind preocupaţi doar de evoluţia profesională.

Studiile au demonstrat că mulţi rezidenţi dezvoltă un sindrom, numit de Small „sindromul de stres al rezidentului", care include: deficit cognitiv episodic, supărare cronică, cinism persuasiv (care se extinde), probleme familiale.

în cazuri severe, sindromul include depresie majoră, ideaţie suicidală, abuz de substanţe.

Small subliniază faptul că 1-2% dintre medici abuzează de narcotice, 20% din suicidul medicilor este însoţit de abuz de drog, 40% de abuz de alcool.

Dintre rezidenţii căsătoriţi, mai mult de 50% :

- nu au timp să-şi vadă prietenii;
- nu au timp să participe la activităţile de gospodărire;
- nu-şi îndeplinesc rolul de soţie/soţ, în particular în timpul weekendului;
- au probleme de încredere.

Aceste probleme diminua o dată cu trecerea rezidenţiatului. S-au iniţiat mai multe tipuri de suport pentru rezidenţi: » grupuri de suport;

- consiliere profesională;
- seminarii în care să se discute probleme medicale ca şi:
- pacientul în agonie;
- eutanasia.
- seminarii despre probleme personale ca şi:
- abuz, drog;
- echilibru dintre viaţa profesională/privată.

Un studiu (Eisenberg, Kitz) a arătat că pe măsură ce trec anii în rezidenţial, rezidenţii în chirurgie se caracterizează prin:

- scăderea încrederii în capacităţile colegiilor de a avea decizii adecvate;
- scăderea dorinţei de a împărtăşi decizia cu ceilalţi (devin mai autoritari).

Locul femeii în medicină

Studenta la medicină

- numărul lor a crescut;
- spre deosebire de bărbaţi, sunt mai afectate de singurătate;
- nu se simt în largul lor în şcoala medicală, pentru că nu vor putea învăţa

suficient (nu-i locul lor aici).

Dacă la începutul anului I, Lloyd şi Gaitrell nu au observat nici o diferenţă între femei şi bărbaţi, la mijlocul anului, femeile au dezvoltat simptome de depresie şi anxietate, şi mai puţină satisfacţie, această diferenţă scăzând spre sfârşitul anului î, dar neajungând la egalitate.

Pentru a-i ajuta să facă faţă stresului s-au utilizat grupuri de suport, alcătuite din studenţi, indiferent de an. Un astfel de grup a fost iniţiat în 1977 la Colegiul de Medicină Albert Einstein.

Ca şi motivaţie pentru participarea la grup: cel mai frecvent răspuns a fost că vor să-şi facă prieteni şi să-şi discute problemele într-un mediu neamenințător.

Există stereotipuri de gândire în legătură cu diferenţierea pe sexe. Bărbaţii sunt priviţi în general ca şi: puternici, atletici, agresivi, murdari, insensibili, iar femeia: emotivă, fragilă, vorbăreaţă, sensibilă, ordonată; sentimente/gânduri împărtăşite atât de bărbaţi cât şi de femei.

Rolul inferior atribuit femeii îl putem regăsi câteva mii de ani înainte în proclamarea biblică despre superioritatea bărbatului şi „necurata - cu pete"

femeia. Grecii antici, de asemenea, priveau femeia din punct de vedere biologic şi emoţional ea fiind inferioară.

Doctrinele bisericeşti şi filozofia greacă continuă să exercite o influenţă puternică asupra rolului femeii în medicină.

în 1965, 6% din studenţii anului I erau femei;
1975, 20% din studenţii anului î erau femei;
azi, ~ 30% din studenţii anului î sunt femei.

în 1970 ~ 22% din pediatri erau femei;
20% din medicii de familie erau de sex feminin; 25% din medicii de psihiatrie pediatrică erau femei,

Până de curând, femeile medici aveau părinţi cu educaţie înaltă, aveau tendinţa de a se căsători tot cu medici, dar câştigau mai puţini bani decât echivalentul lor bărbaţi. Un mare procent nu se căsătoreau, sau dacă se căsătoreau puţine aveau copii.

76% din femeile intervievate recunoşteau că ele se ocupau şi de gătit, cumpărături, copii şi managementul casei; multe susţin că au experimentat un conflict între muncă şi familie.

Femeile medici trăiesc mai mult decât bărbaţii, deci pot practica mai mult timp, şi sunt foarte productive.

Femeia medic din zilele noastre luptă mai mult pentru dorinţele sale; este mai sensibilă în relaţiile interpersonale cu pacientul; au un impact mai puternic asupra aspectelor psihologice ale medicinii.

în SUA, majoritatea celor care lucrează în domeniul sănătăţii sunt femei, dar ele nu domină în administraţia medicală şi nici în rândul medicilor; ci în rândul cadrelor sanitare medii (95% dintre acestea fiind femei).

Avem date despre ele din vremea lui Hipocrate.

Asistentele au o enormă responsabilitate faţă de pacient; când medicul nu e disponibil, pacientul se află complet în grija lor.

Stresul medicilor practicanţi

Pearson spunea „Faptul că eşti doctor poate fi primejdios pentru sănătatea ta".

Stres este minim la medicii dermatologi, ei fiind maxim la cei de medicină generală, după Russek.

Pentru a interpreta morbiditatea şi mortalitatea în rândul doctorilor, King a sugerat că trebuie să se ţină cont de:

1. antecedentele medicului;
2. caracteristicile mediului în care lucrează;
3. particularităţile comportamentale ale medicului.

King a remarcat că doctorii au o atitudine şi un comportament negativ în legătură cu propria lor sănătate, ei amână un control medical.

Rezultatul unui studiu efectuat pe aproximativ 600 de membrii ai facultăţii Harward a fost următorul:

- 46% dintre medici nu au avut un examen fizic general de rutină în ultimii 2 ani;
- 27% nu utilizează centurile de siguranţă;
- 8% fumează;
- mai puţin de 50% fac aerobic de 3 ori pe săptămână;
- 22% nu iau micul dejun;
- 29% cântăresc mai mult decât îşi doresc;
- peste 50% nu au dieta bogată în fibre;
- 28% dintre femei nu-şi examinează regulat sânii;
- 64% dintre bărbaţi nu-şi examinează testiculele.

Deasemenea, într-un studiu efectuat în America s-a observat că medicii au o incidenţă mai ridicată a bolilor cardio-vasculare, decât cei cu alte profesii. Stresul zilnic rezultă din orele multe petrecute cu pacienţii, rezolvarea cererilor tehnice şi a problemelor interpersonale, existenţa cazurilor de urgenţă.

Stresul emoţional are o prevalentă înaltă la medici şi stomatologi

Rata suicidului creşte înainte de examenul de specialitate.

Suicidul este mai frecvent în rândul psihiatrilor şi este cel mai redus la: pediatri, dermatologi, chirurgi.

Rose şi Rosov au găsit în studiul lor că suicidul se produce, la mai mult de 50% din medici, în timpul celei mai productive perioade din viaţa profesională: între 35-54 ani.

Eisenberg, scriind despre femeile doctor, remarcă: „Optimiştii afirmă că femeile vor modifica medicina în bine; pesimiştii afirmă că medicina le modifică pe femei în rău".

Consumul de drog şi alcool este cea mai mare problemă cu care se confruntă medicul.

Uzul de drog are incidenţa cea mai crescută în rândul psihiatrilor, şi cea mai mică la ginecologi.

Pe un studiu asupra medicilor, Pearson a remarcat că semnul cel mai timpuriu al unei disturbări emoţionale este „existenţa pe fugă" a doctorilor, viaţa haotică (în legătură cu: programul de lucru, somn, regimul alimentar, responsabilităţi familiale).

în concluzie, probabilele cauze care conduc la stres în cazul medicilor sunt cererile emoţionale şi fizice ale meseriei, timpul enorm necesar pregătirii şi practicii, disponibilitatea medicamentelor şi autonomia meseriei.

în dorinţa de a identifica toate problemele medicilor şi iminenţei suicidului, şi în România există o linie telefonică pentru doctori şi pentru colegii lor sau familiile medicilor cu probleme, sub strictă confidenţialitate.

Ca şi elemente ale responsabilităţii facultăţii enumerăm:

1. în rezidenţial şi şcoala medicală, programele trebuie să fie structurate astfel încât să ajute la adaptarea şi împărtăşirea problemelor între colegi, în

loc să existe o atmosferă de competiţie; mai degrabă trebuie să se dezvolte o responsabilitate faţă de propria persoană şi fată de colegi; trebuie instituite grupuri de suport, în care să participe soţiile dar şi celelate persoane importante din viaţa îor, astfel încât să nu se simtă singuri în bătălie;

2. trebuie încurajaţi (rezidenţii, studenţii) să utilizeze facilităţile medicale de prevenire a problemelor, nu doar atunci când se ajunge la criză;
3. să existe profesori numiţi de facultate la care să se poată adresa în caz de probleme;
4. trebuie să li se dea şanse să participe şi ei la alcătuirea programei de studiu.

Factori de stres specia!

Unul din factorii de stres major este fenomenul numit „burnout" (a arde puternic, a exploda).

Descris de psiholoaga Christina Maslach, reprezintă o pierdere a interesului pentru problemele oamenilor, o lipsă a emoţiei, empatiei, ducând la cinism şi [percepţia dezumanizată a oamenilor.

Când medicii sunt implicaţi în grija unor pacienţi cu probleme grave, ei sunt asaltaţi de emoţii puternice, emoţii care sunt negate sau reprimate, pentru a-şi putea continua munca. Ei trebuie să se detaşeze de problemele pacientului, ceea ce duce la o percepţie fragmentată, dezumanizată a pacientului.

Acest lucru se întâmplă mai ales la cei care lucrează pe secţia intensivă, pe salvare, în cardiologie, pe secţia de oncologie.

Fenomenul „burnout" poate fi prevenit prin mai multe căi:

- grupuri sociale de suport pentru profesioniştii din medicină care să-i ajute să-şi identifice sentimentele şi să facă faţă problemelor;
- unii medici găsesc putere, sau îşi reîncarcă bateriile, din puterea afectivă a pacienţilor.

O altă sursă de stres este **avortul,** o procedură simplă şi relativ sigură. în SUA avortul este legal din 1973, cu foarte puţine efecte negative asupra colectivului medical După psihologul social Nancy Adler, asistenţii sociali şi consilierii se identifică cu femeia însărcinată şi pot să facă faţă acestui eveniment; dar doctorii şi asistentele care comit actul se identifică cu fetusul, având sentimente de lipsă de simpatie, chiar lipsă de respect faţă de paciente.

O altă sursă de stres este necesitatea de a **lua multe** decizii, unele de viaţă şi moarte.

Poveste: Un medic de ţară care în urmă cu 2 ani a ajutat-o pe Bars să nască, a fost bucuros să audă că Bars are din nou simptomatologia de sarcină. Testul urinar a fost negativ. După 2 săptămâni testul urinar a fost din nou negativ. Cel mai apropiat ecograf era la distanţă şi Bars nu prea avea bani. După încă 4 săptămâni, Bars tot se simţea însărcinată, nu avea menstruaţie şi nu avea semne de avort spontan. Doctorul a presupus că probabil că a fost însărcinată dar copilul a

murit, rămânând „corp străin" în uter. Săptămâni mai târziu, cu testul urinar tot negativ, doctorul a făcut o dilatare şi chiuretaj. Spre groaza lui a văzut că părţile pe care le elimina nu erau moarte, ci vii. Testele de urină au fost false, iar el a făcut un avort de fat viu.

Medicii sunt supuşi frecvent unor probleme ce le induc nesiguranţă şi probleme de etică. La contrabalansarea stresului acumulat ajută: atmosfera benefică de colaborare colegială, împărţirea responsabilităţii şi efectul catartic al umorului; un alt mod de a face faţă stresului este legătura mai strânsă cu pacientul (medicul îl tratează mai special, **dându-î** privilegii ca: televizor, cărţi, jocuri, alegerea asistentelor care să-4 trateze; îi dă o cantitate mai mare de informaţii legate de boală, îi explică în detaliu examinările paraclinice, tratamentul).

Medicul îşi dezvoltă judecata din două surse: observă modul de lucru al persoanelor mai experimentate, iar în al doilea rând învaţă din propriile încercări şi greşeli. Există dezacord între experţii în medicină în legătură cu un anumit tratament. Unii sunt mai experimentaţi decât alţii cu anumite boli. Ei cred că un eşantion mic de populaţie este reprezentativ pentru respectiva populaţie, ceea ce e o sursă de eroare.

De asemenea emoţia afectează decizia,

Medicii se găsesc într-un impas atunci când trebuie să dea pacienţilor veşti rele; există două motive pentru această ezitare:

a) oamenii, în general, încearcă să evite sentimentele neplăcute care apar în această situaţie;
b) cel care dă veşti proaste este considerat frecvent nepăsător.

Valorile morale ale medicului influenţează decizia.

O victimă a accidentului datorită consumului de alcool, sau un bătrân, sunt frecvent catalogaţi ca „mort la sosire" în camera de urgenţă, faţă de un copil la care întotdeauna se încearcă resuscitarea.

Alte decizii se iau în funcţie de costul tratamentului sau dacă cazul este util pentru cercetare.

Deasemenea reclama medicamentului, chiar dacă este scump, influenţează decizia tratamentului, chiar dacă există alte alternative mai accesibile.

Groves a descris 4 tipuri de pacienţi care favorizează o relaţie proastă medic-pacient.

1) Pacient dependent:

- iniţial, pacientul este excesiv de îndatorat medicului, facându-î pe medic să se simtă omnipotent; ulterior dependenţa devine iritantă, pacientul devine „copilul nedorit, neplanificat, neiubit";
- pacientul trebuie să fie înştiinţat cât mai devreme cu tact, că medicul este om, iar cunoştiinţeîe, cât şi timpul său sunt limitate.

2) Pacient care pretinde:

- şi el este dependent de medic, dar utilizează intimidarea, inducerea vinei, este ostil la suprafaţă, dar de fapt este speriat;

•medicul nu trebuie să contrazică acest gen de pacienţi, să nu-i interzică accesul la investigaţii.

3) Pacient manipuîativ care refuză ajutorul:

•are nevoie de un masiv suport emoţional, dar se poartă ca şi cum nici un tratament nu-i foloseşte; •pe măsură ce medicul se străduieşte să-i fie de ajutor, pacientul îl anunţă triumfător că încă un act medical a eşuat; •simptome care cedează* sunt înlocuite rapid de altele; •în multe cazuri, respingerea ajutorului ascunde o depresie, dar trimterea la un psihiatru este refuzată.

4) Negativiştii autodistructivi:

•şi-au pierdut speranţa vindecării şi se pare că îşi obţin plăcerea din autodistrugerea lor; •în general comportamentul lor duce la moarte.

Toate aceste 4 tipologii de pacienţi cer din partea medicului o extraordinară îndemânare şi răbdare. Ei sunt cei care „scot ce-i mai rău şi mai bun între medici".

Cei dependenţi trezesc în medici sentimentul de rejecţie, cei care pretind frică şi contra-atac, cei manipulativi, vină şi sentimente de inadecvanţă, iar ultimii, toate cele de mai sus, inclusiv dorinţa secretă „să moară şi să scape odată".

XI. Conceptul de psihosomatică

Noţiuni generale asupra psihosomaticii

Noţiunea de psihosomatică a cunoscut multiple şi variate accepţiuni. Astfel, psihosomatica a fost considerată de unii autori doar în sens intensiv (ca punct de vedere, tendinţă, mod de a concepe medicina), alţii considerând-o însă o specialitate medicală de sine stătătoare, un capitol al medicinei (interpretarea în sens extensiv).

Acţionând în spiritul tradiţiei medicinii hipocratice, curentul psihosomatic promovează importanţa metodei clinice în medicină, ocupându-se în primul rând de omul bolnav şi nu de boala sa; astfel, în aprecierea mecanismelor patogenetice ale unei boli şi în interpretarea simptomelor, psihosomatica nu ţine seama numai de factori exogeni, sau numai de condiţiile biologice ce intervin într-un anumit moment al bolii ci, mai ales, de probleme de ordin moral, afectiv pe care bolnavul le-a întâmpinat în cursul vieţii sale, de atitudinea personală în faţa vieţii şi a bolii, în funcţie de caracterul, temperamentul persoanei.

Modelul biologic, biomedical şi biopsihosocial

Hinghofer arată că tehnologizarea şi specializarea pe domenii tot mai restrânse au condus la orientarea biologică specifică medicinii secolului nostru. Această perspectivă a avut drept consecinţă, pe de o parte creşterea procentului bolilor diagnosticabile şi tratabile, cu referire mai ales la bolile infecţioase, nutriţionale, ale căror stăpânire a reprezentat un triumfal **conceptului mecanicist, strict biologic despre boală.** în acelaşi timp însă, a crescut morbiditatea şi mortalitatea prin boli cronice, în prevenirea şi tratarea cărora, modul de abordare strict biologic dovedindu-se ineficient.

De asemenea, pentru a se putea explica marea variabilitate a aspectelor psihice şi somatice cu care se prezintă pacienţii cu aceeaşi afecţiune somatică, precum şi datorită tendinţei medicinii actuale de a se orienta nu numai spre eradicarea bolilor, ci şi spre posibilităţile de prevenire a acestora, **modelul biomedical** a fost înlocuit cu unul mai complex, ce vizează interacţiunea factorilor biologici cu cei sociali şi psihologici în determinismul predispoziţiei, declanşării şi întreţinerii stării de boală.

Modelul bio-psiho-social a fost elaborat de George Engel şi se doreşte un deziderat al medicinii moderne, considerând omul un sistem cu 3 nivele aflate într-o interrelaţionare dinamică:

- **nivelul factorilor biologici** (anatomici, fiziologici, biochimici, genetici, infecţioşi, toxici);
- **nivelul factorilor socioculturali şi de mediu** (societate, familie, comunitate, stres, factori fizici);

- **niveîul factorilor psihici** (cognitivi, motivaţionaîi, volitivi, emoţionali, experienţă, comportament).

Repere istorice ale dezvoltării ideilor psihosomatice

Alvarez (1946) afirma că medicina psihomatică ar ti început din epoca pietrei şi ar fi fost practicată de egipteni, care recunoşteau influenţa factorilor emoţionali asupra bolilor organice. Documentele arheologice datând din perioada preistorică povestesc despre credinţa oamenilor de atunci despre legătura strânsă între suflet şi fizic; bolile erau interpretate ca fiind pedeapsa, blestemul diavolului şi erau tratate prin aducerea de sacrificii, rugăciuni, talismane.

Vechii evrei credeau că molimile erau pedepse colective pentru imoralitate.

în vremea Greciei antice, Hipocrate atrage atenţia asupra importanţei factorilor psihici, a mediului social şi a mediului fizic, ce trebuie cunoscuţi de către medic.

Galen, cel mai renumit medic ai antichităţi romane, creatorul tipurilor temperamentale (coleric, sangvin, flegmatic şi melancolic) susţine, de asemenea, influenţa stărilor mentale asupra corpului.

Aristotel în "De Anima" considera că nu e posibil să scindăm fiinţa umană în psihic, care gândeşte şi corp, care trăieşte.

Platon sublinia necesitatea de a nu separa corpul de spirit, deoarece ele sunt un tot unitar şi indivizibil.

Socrate considera că nu se pot înlătura simptomele somatice fără a îngriji înainte psihicul

După perioada Renaşterii, în care boala era considerată a fi rezultatul perturbării unui organ, în secolul XVII, Descartes postulează dualismul fîzic-psihic.

în 1818, Heinroth introduce termenul de psihosomatică, însă impactul a fost aproape inexistent. Înl822, Jacobi introduce noţiunea de somato-psihic. Cabanius, în "Relaţia dintre fizic şi moral" trasează liniile directoare ale orientării psihosomatice de mai târziu.

în 1893, Freud publica împreună cu Breuer articolul "Asupra mecanismelor psihice a fenomenelor isterice" care postulează existenţa "traumelor psihice", introduce noţiunea de "conversie" (transpoziţia emoţiilor şi a conflictelor dintre eu şi supraeu în limbaj corporal, în vederea neutralizării reprezentărilor incompatibile). Heyer (1920) demonstrează modificarea funcţiilor organelor interne prin acţiunea factorilor psihici (funcţia gastrică).

Meyer, în 1919, introduce termenul de "psihobiologie", sugerând importanţa psihologiei pentru înţelegerea pacientului şi subliniază rolul pe care evenimentele de viaţă îl joacă în intensificarea debutului şi evoluţiei anumitor boli.

Kretschmer (1927), studiind relaţiile între organizarea fizică şi dispoziţiile psihice, afirma că acestea au ca teren de manifestare corpul în totalitatea lui. în 1928, Jaspers menţionează existenţa relaţiei dintre somatic şi psihic, atât în stare

normală cât şi în psihopatologie, susţinând că fenomenele fiziologice depind de fenomenele psihice (digestia, menstruaţia); pe de altă parte există fenomene psihice care îşi au cauze parţiale în condiţiile fizice. Aceste corelaţii au determinat legătura între psihopatologie şi medicina somatică.

în 1919, Heltpach formulează noţiunea de "psîhom" ce defineşte epifenomenul psihic al unui proces somatic (psihomul tuberculozei, gripei, infarctului, etc).

Dunbar susţine că pentru realizarea unui profil mai complet şi autentic al personalităţii celui investigat trebuie să se procedeze la o analiză longitudinală, ia un studiu al istoriei personale (evenimente semnificative, atitudini fundamentale despre lume ale bolnavilor, autoapreciere a relaţiilor sociale); pune problema relaţiei medic-pacient, a non-aderenţei la tratament, rolul stresului în boală, a dorinţei de a trăi, lupta pentu viaţă.

Alexander, întemeietorul **curentului psihosomatic,** în cartea sa "La medicine psihosomatique", 1970, afirmă că există nu numai corelaţii între boală şi personalitate, ci şi între constelaţia afectivă şi răspunsurile vegetative. Un anumit conflict afectiv determină o anumită tulburare vegetativă. Structura conflictuală a psihicului se formează în copilărie sub influenţa unor factori, precum: traumatism **obstetrica!,** boli ale copilăriei ce cresc vulnerabilitatea anumitor organe, climatul afectiv al mediului familial, personalitatea părinţilor.

Definiţii, clasificări, interacţiunea **cu alte discipline.Teorii** specifice.

Noţiunea de **psihosomatică** a cunoscut multiple şi variate accepţiuni, poate mai mult decât oricare alta din întreaga medicină, afirma lonescu în cartea sa "Psihosomatica", termenul de psihosomatică (PS) cuprinzând de fapt o gamă de sensuri ce nu pot fi cuprinse într-o singură definiţie.

Concepţia PS nu este o dimensiune specializată a ştiinţei medicale, ci o orientare integristă ce vizează omul bolnav în perspectiva sa nosologică şi ecologică cea mai complexă, luând astfel în considerare interacţiunile somato-psiho-sociale în debutul şi evoluţia bolii, eventualele recăderi, recidive, precum şi implicaţia acestora în stabilirea conduitei terapeutice.

Obiectele de studiu ale PS aplicate în medicină ar fi legate deci de rolul factorilor psihotraumatizanţi în edificarea unor tulburări şi mecanismele psihofiziologice de producere ale acestora, precum şi specificitatea reacţiei anumitor organe la stresuri emoţionale.

Prin **reacţii PS** se înţeleg manifestări de ordin somatic ce apar în situaţii deosebit de stresante, dispărând odată cu situaţia declanşatoare. Ele pot fi experimentate de orice individ, de exemplu senzaţia de ameţeală după trecerea unui pericol, inapetenţa după pierderea unei persoane, etc.

Prin **tulburări PS** se înţeleg modificări ale proceselor fiziologice generate de o stare de excitaţie psihică anormală. Se pot prezenta sub formă de simptome de conversie şi sindroame funcţionale:

- *Simptome de conversie,* adică simptome somatice cu caracter simbolic, reprezentând o încercare de rezolvare a unui conflict nevrotic (în general apar sub forma pierderii sau alterării unor funcţii senzoriale: paralizia isterică, surzenia psihogenă);
- *Sindroarnele funcţionale,* pe care Alexander le-a numit nevroze de organ, considerându-le semne însoţitoare ale afectelor; au un spectru difuz, adesea schimbător, fiind localizate la nivelul diferitelor aparate (cardio-vascular, gastro-intestinal, sistem locomotor, respirator, etc), neexistând dovada atingerii de ţesut; nu au semnificaţie specifică.

Psihomatozele (boli psihosomatice) sunt afecţiuni în spatele cărora există o reacţie fizică la o situaţie conflictuală sau la stres, precum şi leziuni morfologice evidenţiabile.

Cele prezentate anterior sunt expuse în tabelul 13.

Tulburări somatoforme reprezintă o nouă clasă de sindroame psihiatrice ale căror caracteristică esenţială este prezenţa de simptome organice ce sugerează existenţa unor boli somatice/organice, dar pentru care nu există modificări organice demonstrabile sau mecanisme fiziologice cunoscute; în schimb, există dovezi sau supoziţii puternice că aceste simptome sunt legate de factori psihologici sau conflictuali.

Conform clasificării revizuite DSM-III R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association, 1987) în cadrul tulburărilor somatoforme sunt cuprinse 6 entităţi:

- Dismorfismul corporal;
- Tulburările de conversie;
- Tulburarea hipocondriacă;
- Tulburarea de somatizare;
- Durerea somatoformă;
- Tulburarea somatoformă nediferenţiată.

Somatizarea este o formă de comunicare nonverbală a discomfortului psiho-social, de ajustare la solicitările vieţii şi suferinţele mtrapsibice, manifestându-se sub forma unor simptome somatice funcţionale; subiectul are convingerea că acestea sunt expresia unor boli fizice, în ciuda oricărei infirmări, adoptând chiar comportamentul de bolnav. Somatizarea ar fi expresia, fie a unei hiperreactivităţi fiziologice, o manifestare a depresiei sau anxietăţii, o manifestare a activităţii intrapsihice inconştiente, sau fie un comportament social învăţat, de exemplu la copil: imitarea simptomelor întâlnite în familie, în particular la fraţi, dacă acestea au atras atenţia şi îngrijirea părinţilor, sau pentru a se sustrage anumitor obligaţii.

Somatizarea este frecvent întâlnită în practica medicală, unul din cinci pacienţi care se prezintă la cabinetul medicului de familie îndeplinesc criteriile pentru somatizare.

Tabelul 13. Tulburări psihosomatice

Aparate	Corelaţii somatice aie emoţiilor	Tulburări psihosomatice	Boli psihosomatice
Cardiovascular	Tahicardie, fluctuaţii ale tensiunii arteriale	Palpitaţii, lipotimii, sincope, hiper- şi hipotensiune	Tahicardie paroxistică, coronaropatii, hipertensiunea arterială, boala Raynaud
Respirator	Suspin, tahipnee	Dispnee nevrotică, compresiune respiratorie	Astm, TBC, frenocardie
Digestiv	Inapetenţă, "greutate" epigastrică, greaţă	Bulimie, anorexie, spasme, diaree, constipaţie	Ulcer gastric sau duodenal, colon iritabil, rectocolită ulcero-hemoragică
Urinar	Polakiurie, poliurie	Retenţia urinară enurezis, cistalgii (urini clare)	
Locomotor	Tensiune musculară, lipotimie	Curbatură cervicală, îombalgii, astenie musculară	Poli artrită reumatoidă, unele reumatisme articulare
Endocrin	Reacţii diencefalo-hipotalamice şi consecinţele lor, descărcare de catecolamine	Amenoree, dismenoree, hipogîicemie	Hipertiroidism, diabet zaharat
Nervos	Tremor	Cefalee, hiperestezii, epilepsie "funcţionala"	Migrenă, scleroză multiplă
Genital	Secreţii ale mucoaselor, erecţie	Impotenţă, frigiditate, vaginism, sterilitate	Ovarită sclerochistică, fibrom
Vizual	Lăcrimare		Inflamaţii (orjelet), glaucom
Cutanat	Paloare, roşeaţă, încălzire, răcire	Prurit generalizat sau localizat	Urticarie, eczeme, angioedem, psoriazis
ORL	Modificări ale vocii "nod în **gât"**	Afonie, disfonie, "voce gâtuită", strănuturi în salve	Rinită spasmodică (vasomotorie), vertij

în 1990 Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS), în Clasificare Internaţională a Maladiilor (ICD-10, International Classification of Diseases), include şi categoria tulburărilor somatoforme. **între ICD-10** şi DSM-IIIR există însă şi diferenţe.

Clasificarea Internaţională a Maladiilor

5. Reacţia la un factor de stres important şi tulburări de adaptare

43.0 Reacţia acută la un factor de stres

43.1 Stare de stres post-traumatic
43.2 Tulburări de adaptare
43.8 Alte reacţii la un factor de stress important
43.9 Reacţii la un factor de stress important, fără precizare

6. TULBURĂRI SOMATOFORME
45.0 Somatizare
45.1 Tulburări somatoforme nediferenţiate
45.2 Tulburare hipocondriacă
45.3 Disfuncţie neuro-vegetativă somatoformă
45.4 Sindrom dureros somatoform persistent
45.8 Alte tulburări somatoforme

Pacienţii cu tulburări somatoforme au câteva caracteristici comune, indiferent de forma de tulburare:

• Apelarea excesivă la serviciile medicale şi chirurgicale;
Imposibilitatea convingerii bolnavului că nu suferă de o boală organică, neexistând modificări organice;
• Comportament de tip "doctor and hospital shopping" (pacienţii merg de la undoctor la altul, de la un spital la altul);
•Refuzul recunoaşterii importanţei cauzelor psihologice;
• Ostilitate reciprocă între bolnav şi medic.

Dismorfismul corporal

Este vorba de pacienţi care prezintă o preocupare excesivă faţă de o bomalie fizică minoră sau inexistentă. Această preocupare faţă de aspectul fizic poate varia în intensitate de la o sensibilitate uşoară, la o preocupare suficient de buternică pentru a determina apelarea la chirurgia corectoare şi până la forma cea pi severă reprezentată de o credinţă de nezdruncinat a pacientului în diformitate, asociată cu convingeri deluzionale.

Modificările de imagine corporeată cum ar fi anorexia mentală şi panssexualitatea sunt, în mod special, excluse deoarece ele sunt de intensitate Keluzională şi, deci, clasificate în cadrul tulburărilor deluzionale de tip somatic ICD-10).

O uşoară sensibilitate faţă de aspectul fizic propriu este, pe de altă parte, o laracteristică a oricărei persoane normale. Aspectul unei persoane poate fi normal bentru unii dar poate fi anormal pentru alţii. Acest tip de judecată nu este, de fapt, medical ci estetic şi el diferă, mai mult ca sigur, de la un medic la altul Din aceste motive un astfel de diagnostic, stabilit "per primam" poate fi pus la îndoială.

Tulburarea de conversie

O diferenţă esenţială între tulburarea de conversie şi alte tulburări somatoforme este aceea că pentru diagnosticul primei este necesară prezenţa unei alterări de origine psihică a unei ameţii neurologice.

Spre deosebire de alte dezordini somatoforme un episod de conversie este, de obicei, cu durată şi rezoluţie bruscă, dar el poate fi recurent.

O atenţie deosebită s-a acordat posibilităţii de a trece cu vederea o patologie organică atunci când se stabileşte diagnosticul de tulburare de conversie. Acest lucru devine din ce în ce mai rar odată cu progresele în diagnosticul psihiatric şi cu dezvoltarea metodelor tehnice de investigare a bolilor neurologice, în particular în domeniul neuro-imagisticii.

*Tulburarea **hipocondriacâ***

Statusul nosologic al hipocondriei este neclar. Simptome ale hipocondriei apar la o largă varietate de persoane, inclusiv la pacienţii cu boli organice, la persoane sănătoase, la cei cu sau iară boli psihiatrice.

Tulburarea hipocondriacă poate fi tranzitorie sau relativ persistentă. Se pare că este vorba mai degrabă de o tulburare de personalitate decât de o tulburare a statusului mental.

O tulburare de personalitate, un istoric de boală psihiatrică şi o preocupare crescută faţă de propriul corp predispune un individ la apariţia hipocondriei atunci când apare o boală organică.

***Tulburarea** de somatizare*

Tulburarea de somatizare corespunde vechiului termen de isterie. Criteriile de diagnostic pentru această tulburare sunt: istoric de multiple acuze somatice sau credinţa unei anumite persoane că este bolnavă, instalate înainte de 30 de ani şi care persistă timp de mai mulţi ani. în plus, pacientul trebuie să prezinte cel puţin 13 simptome dintr-o listă de 35 specificate, grupate în 6 grupe: durere, gastrointestinale, cardiopulmonare, de conversie (pseudoneurologice), sexuale şi de reproducere.

Pentru ca un simptom să fie luat în consideraţie pentru diagnostic trebuie să îndeplinească 3 condiţii:

- să nu existe nici un mecanism fiziopatologic care să explice acest simptom;
- să nu apară doar în cadrul atacurilor de panică;
- să determine pacientul să consume medicamente (altele decât analgezice), să consulte mai mulţi doctori, sau să-i schimbe stilul de viaţă.

Factorii etiologici sunt multipli şi complecşi:

- grijă excesivă faţă de senzaţiile organice;
- interpretarea greşită a senzaţiilor normale ca şi dovadă a existenţei unei boli;
- preocupare excesivă şi anxioasă faţă de boală;
- un istoric de boală în familie în timpul copilăriei;

• aversiune faţă de modele parentale, aşa cum este şi medicul.

Durerea somatofortnă

Durerea este cel mai comun simptom de prezentare la medic şi, întotdeauna, are elemente de stimul fizic şi percepţie psihologică. Distincţia între durerea patogenă şi cea psihogenă este greu de făcut.

Diagnosticul de durere somatoformă necesită un istoric de cei puţin 6 luni de durere persistentă, în absenţa unei patologii organice care să o explice. Mulţi dintre aceşti pacienţi suferă de depresie.

Tulburarea somatoformă nediferenţiată

Clasificarea tulburărilor somatoforme rămâne încă inadecvată nu numai din cauză că există o substanţială suprapunere între ele, între ele şi alte tulburări psihiatrice, ci şi datorită faptului că există dificultăţi în a le diferenţia de comportamentele normale.

Unii pacienţi se prezintă cu caracteristici care aparţin mai multor tulburări somatoforme şi nu pot fi cu adevărat încadraţi în nici una. Unii pacienţi se prezintă cu o varietate mare de simptome inexplicabile dar nu îndeplinesc cele 13 necesare diagnosticului unei tulburări de somatizare. Aceştia sunt pacienţii cuprinşi în tulburare somatoformă nediferenţiată.

Acesta este, pe departe, cel mai frecvent diagnostic în cadrul tulburărilor somatoforme.

Psihosomatica are tangenţă cu multe alte discipline: psihologia sănătăţii, psihologia generală, psihologia socială, psihologia clinică, psihologia medicală,medicina internă, pediatrie, etc.

Vizând inclusiv rolul factorilor comportamentali în boală, psihosomatica are tangenţă cu medicina comportamentală, care studiază tipurile de comportament cu rol în sănătate şi boală; urmăreşte realizarea unor programe sociale de educare a unor comportamente pentru sănătate, iar în cazul afecţiunilor somatice, modelarea complianţei, a mecanismelor de copîng comportamental cu roî în reabilitare.

De asemenea, psihosomatica interacţionează şi cu medicina de familie, fiind o entitate superioară individului, familia putând fi folosită ca un instrument prin care medicul să acţioneze asupra individului ca un întreg, bazându~se pe interacţiunile "naturale" ale acestuia.

în 1975 Minuchin elaborează ceea ce el a numit "Family Sistem ModeP', în care, copilul şi boala lui sunt văzuţi în interacţiune cu familia: un anumit comportament familial predispune la anumite boli ale copilului, iar boala copilului are menirea de a menţine homeostazia familială.

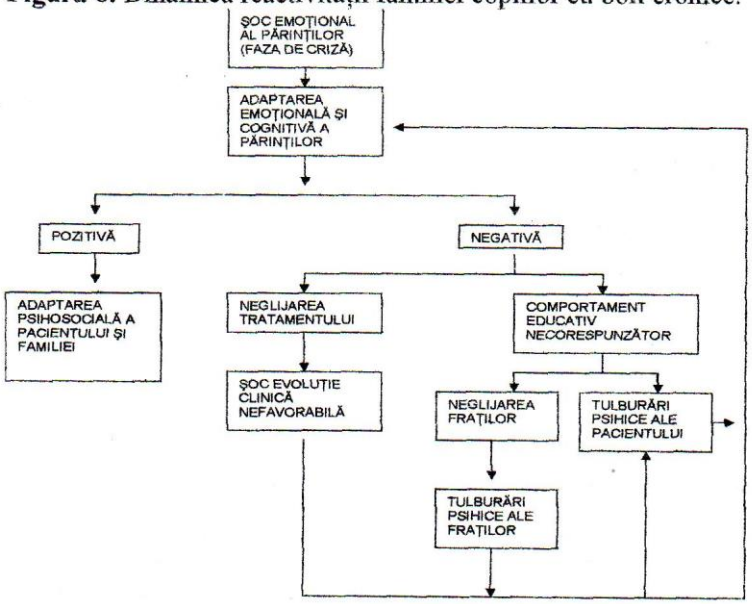
Se cer a fi îndeplinite următoarele condiţii: • copilul să fie predispus fiziologic spre o anumită patologie organică;

• existenţa unui mod de interacţiune familială în care membrii familiei sunt prea strâns legaţi, implicaţi unul în activităţile celuilalt, pierzându-se astfel identitatea individuală, supraprotectivitate, rigiditate (aversiune pentru schimbare).

Abordarea familiei ca sistem este utilă şi în cazul afecţiunilor pediatrice cronice.

Schema prezentată ilustrează dinamica reactivităţii familiei copiilor cu boli cronice şi repercusiunile ajustării/malajustării asupra echilibrului psihic a membrilor acesteia, precum şi asupra funcţionalităţii familiei ca unitate (Figura 8),

Figura 8. Dinamica reactivităţii familiei copiilor cu boli cronice.



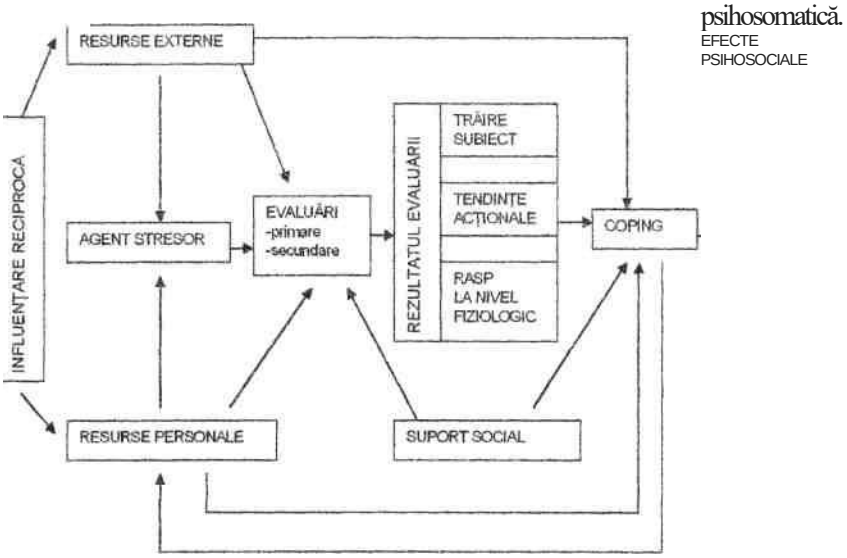
Indiferent de momentul apariţiei bolii somatice, părinţii trec aproape întotdeauna printr-o fază de şoc, criză sufletească, care le limitează capacitatea de prelucrare şi acţiune, uneori punând sub semnul întrebării sensul întregii existenţe, în această fază? părinţii sunt doar parţial receptivi la informaţii, uneori neîncrezători în diagnostic (printre reacţiile emoţionale ce pot apare în cursul procesului de adaptare la boală, se numără: tristeţea, teama, culpabilitate, intelectualizarea şi raţionalizarea situaţiei). Strategiile de ajustare nu trebuie neapărat să aibă o orientare defensivă ci, prin maturitatea psihică şi angajarea în rezolvarea practică a problemelor apărute, pot contribui la reuşita adaptării psihosociale a tuturor membrilor familiei. Eşecul părinţilor de a-şi găsi propriul echilibru interior, poate constitui premisa pentru apariţia unor tulburări psihice la copilul bolnav şi fraţii acestuia. Neglijarea aspectelor legate de tratamentul bolii poate avea repercusiuni negative atât asupra adaptării copilului, cât şi a părinţilor, datorită evoluţiei nefavorabile a bolii.

Referitor la modificările atitudinii părintelui faţă de copilul bolnav, este necesară menţinerea unui echilibru între protecţie şi suportul necesar, cu evitarea tendinţei la precauţie exagerată şi supraprotecţie asociată adesea cu neglijarea fraţilor sănătoşi.

Relaţia între adaptarea psihosocială a părinţilor şi copilului trebuie privită în interdependenţă.

Vom prezenta un model sintetic, global, al interacţiunii factorilor cuprinşi în definiţia conceptului de sihosomatică; pornind de la acest model vom aminti teorii specifice care vizează interacţiuni locale dintre anumiţi factori (Figura 9.).

Figura 9. Model al interacţiunii factorilor cuprinşi în definiţia conceptului de psihosomatică.



Prin procesul de *evaluare primară* este desprinsă semnificaţia, este apreciat impactul cu agentul stresor şi consecinţele acestuia asupra anumitor aspecte ale identităţii individului, procesul evaluării generând ceea ce Lazarus, în cartea sa "Emotion and Adaptation" numea „configuraţia răspunsului emoţional". Acesta cuprinde anumite tendinţe acţionale, o anumită trăire interioară şi modificări specifice la nivel fiziologic. Variabilele rezultate din procesul evaluării vor influenţa decizia asupra strategiei de coping ce urmează a fi folosită şi şansele de succes ale acesteia.

Prin coping se înţelege efortul cognitiv şi comportamental de a induce, tolera sau stăpâni cerinţele mediului ale cărui solicitări depăşesc resursele individuale. în funcţie de orietarea sa, copingul poate fi *focalizat pe problemă* (prin căutare de informaţii, redefinire, restructurare) sau *focalizat pe emoţie* (negarea, evitarea, exprimarea emoţiei, căutarea de suport social).

Mecanismele de coping pot fi de evitare sau de confruntare cu stresul, iar tipurile acestuia pot fi: comportamental, cognitiv, respectiv biochimic.

Evaluarea secundară, apreciind aceste alternative adaptative, va proiecta o nouă configuraţie de răspuns emoţional. în cadrul sistemului, toate variabilele se influenţează reciproc. Resursele externe, personale şi suportul social influenţează adaptarea.

Resursele personale şi sociale pot opera şi mai precoce în acest lanţ cauzai, determinând împrejurările şi natura stresorului, evaluarea, precum şi disponibilitatea, mobilizarea şi menţinerea suportului social. Acesta din urmă poate influenţa copingul indirect (prin evaluare) sau direct, informaţional respectiv instrumental, concret. De pildă, în contextul unor evenimente de viaţă majoră, strategiile multiple de coping sunt mai adaptative. Există studii care demonstrează că evenimentele de viaţă ale părinţilor şi modalităţile lor de coping influenţează competenţa de coping a copilului.

Lazarus descrie două modele ale susceptibilităţii generale şi specifice pentru boală.

Primul modei se bazează pe teoria SGA (Selye): indiferent de natura sa, un agent stresor declanşează o constelaţie de răspunsuri neuro-vegetative, endocrine care determină o reacţie viscerală relativ difuză. Deşi aceste reacţii cresc susceptibilitatea generală pentru boală, dacă acţionează în contextul unei predispoziţii constituţionale, rezultatul va fi o patologie specifică. Referitor la predispoziţia de organ, Hendrick afirmă că ar putea fi vorba de o *condiţionare,* realizată în primii ani de viaţă, prin coinciderea unui stres emoţional cu o intercurentă ce afectează un anumit organ. Această legătură temporală o dată stabilită, o anumită stare emoţională, chiar de intensitate mică, ar putea reproduce simptomatologia somatică.

Melmed descrie *"Răspunsul visceral învăţat":* dacă un trigger nepsihogen declanşează un anumit răspuns somatic generator de anxietate, starea de anxietate apărută în contextul unui stres psihic va declanşa simptomatologia respectivă.

Referitor la fenomenul **anticipării simptomatice,** anxietatea generată de gândul la posibilitatea manifestării unui simptom poate declanşa manifestarea acestuia (de ex. vederea unui câine declanşează criza de astm bronşic la o persoană sensibilă la păr înainte de inhalarea perilor).

Cel de-al doilea model postulează că o anumită stare emoţională va genera o boală specifică. în favoarea teoriei specificităţii pledează constatarea că emoţiile cu valenţe pozitive (bucurie, râs) au implicaţii terapeutice, profilactice, în contrast cu stările depresive, anxioase, Lazarus aduce argumente de ordin raţional: fiecărei emoţii îi corespunde o anumită expresie facială, o tendinţă acţionaîă şi mod de evaluare specific.

în 1974, Rosenman şi Frîedman au descris *tipul A de personalitate,* care creşte de două ori riscul patologiei cardiovasculare prin hiperreactivitate la stres, stil de viaţă (fumat, sedentarism).

în 1985 Spielberger descrie *sindromul AHA (angor-hostility-aggresivity),* care predispune la boli cardiovasculare pe linia tracasărilor cotidiene, prin îndepărtarea/generarea la cei din jur a aceluiaşi tip de comportament.

Temoshok descrie ***tipul*** *C de personalitate* predispus la cancer şi caracterizat prin reprimare emoţională (neajutorare, depresie, disperare), stil de coping caracterizat prin convenţionalism, perfecţionism, autocontrol rigid.

în 1970, Simeos introduce termenul de **alexitimie,** care presupune o percepţie redusă a vieţii interioare, dificutăţii în identificarea şi verbalizarea trăirilor interioare, tendinţa de a răspunde la stres prin simptome somatice, fantezie săracă, absenţa reveriei, gândire concretă, raţională, rigidă, stil cognitiv orientat spre exterior, reprimarea emoţiilor.

Trăsăturile alexitimice sunt mai frecvente la pacienţii cu boli psihosomatice.

Psihoterapia în boSiie psihosomatice

Tratamentul psihologic al bolilor psihosomatice este[5] mai ales în mod teoretic, aşteptat, întrucât "factorul psihic" a fost în mod inerent implicat în etiopatogenia acestor boli.

Dimensiunea psihologică nu poate lipsi din abordarea terapeutică.

Relaţia medic-pacient, în medicina psihosomatică, din perspectivă psihoterapeutică are un rol esenţial.

Kapîan spunea că "o relaţie terapeutică eficientă se poate dezvolta numai atunci când pacientul înţelege că problemele sale emoţionale justifică psihoterapia, chiar dacă boala fizică este aceea care i-a afectat funcţionarea".

Calitatea relaţiei terapeut-pacient condiţionează în mod particular evoluţia afecţiunii somatice, constituind un element adjuvant al terapiei medicamentoase, după cum o relaţie slab calitativă prejudiciază evoluţia clinică şi responsabilitatea terapeutică.

In bolile psihosomatice (diabet insipid, migrenă, sindrom de hiperventilaţie psihogenă, astm, obezitate, diabet zaharat, cancer, boală cardiovasculară, hipertensiunea arterială, etc.) relaţia prezintă două aspecte în funcţie de faza acută sau cronică a afecţiunii.

în **faza acută,** terapeutul adoptă faţă de pacient o atitudine suportivă, explorând structura personalităţii pacientului şi istoria vieţii sale interesându-se de:

- situaţiile psihostresante din viaţa pacientului;
- reacţia psihică a pacientului faţă de boală;
- "contribuţia" pacientului la apariţia bolii sale.

în **faza cronică** preocuparea terapeutului constă în stabilirea unui contact de lucru cu pacientul în relaţia terapeutică pot să apară o serie de dificultăţi (pacientul nu are încredere în psihoterapie, de exemplu, de aceea psihologul trebuie să dovedească răbdare, prudenţă şi încredere).

Există şi cazuri în care terapeutul e idealizat de către pacientul său; e bine ca până la un anumit grad terapeutul să accepte această idealizare, însă în cazul pacienţilor care prezintă condiţii medicale cu evoluţie progresivă, terapeutul

trebuie să fie prudent în a accepta rolul omnipotent conferit de pacient, tocmai pentru a evita dezamăgirile acestuia vizavi de eficacitatea terapiei.

Abordarea psihoterapeutică e mai dificilă din următoarele motive:

- noncomplianţa pacientului psihosomatic faţă de psihoterapie;
- atitudine rezervată şi uneori sfidătoare faţă de psihoterapie care condiţionează slaba capacitate de dezvoltare a resurselor transferenţiale, disponibilităţii reduse de autocunoaştere, care duc la dificultatea terapeutului în găsirea "materialului" adecvat de prelucrare psihologică.

Terapeutul trebuie să-1 ajute pe pacient să înţeleagă necesitatea psihoterapie! dându-i unele explicaţii privind: implicaţiile factorului psihic în apariţia şi evoluţia tulburării sale; necesitatea schimbării pattern-ului său comportamental, în sensul îmbunătăţirii mecanismelor de coping, pentru a putea face faţă evenimentelor şi stresurilor de viaţă. Terapeutul nu trebuie să-i promită pacientului succesul 100% al terapiei pentru că astfel ar putea compromite tratamentul.

Se recurge la psihoterapie doar după ce are loc o selecţie a pacienţilor. Aceasta se face conform unor criterii cum ar fi:

- capacitatea pacientului de a stabili şi menţine o relaţie interpersonală;
- capacitatea de introspecţie, înţelegere şi clarificare;
- suficientă motivaţie pentru psihoterapie.

Psihoterapia pacienţilor psihosomatici poate fi individuală sau de grup şi poate fi efectuată ambulatoriu sau în unităţile spitaliceşti.

Terapeutul va alege acel tip de terapie care va corespunde în cel mai înalt grad obiectivului propus.Metodele utilizate mai frecvent sunt:

- psihoterapia suportivă;
- psihoterapia psihanalitică;
- hipnoza;
- terapia comportamentală;
- biofeedback;
- terapia de relaxare;
- terapia de grup;
- psihoterapia de familie;
- terapia prin joc.

Psihoterapia suportivă

Urmăreşte o întărire a mecanismelor adaptative, o reducere a participării afective, a anxietăţii. Ea nu se preocupă de etiologia bolii şi nici nu îşi propune o restructurare a personalităţii pacientului, ci este o terapie a realului, a concretului şi a prezentului. Urmăreşte depăşirea unei situaţii critice de moment: debutul acut al unor boli somatice, exacerbările unor boli cronice, acceptarea unei intervenţii chirurgicale, etc.

Psihoterapia psihanalitică

A fost elaborată şi dezvoltată de către Sigmund Freud. Scopul tratamentului analitic este de a permite pătrunderea în conştiinţă a tendinţelor şi emoţiilor reprimate prin dezvăluirea progresivă şi sistematică a elementelor inconştiente din viaţa psihică şi comunicarea lor într-o formă verbală. Consecinţa acestei psihoterapii este nu numai dispariţia simptomelor, ci şi modificarea personalităţii pacientului.

Pentru abordarea psihanalitică a copiilor[9] tehnica poate fi adaptată la nivelul de dezvoltare intelectuală a acestora. Astfel, pentru a depăşi incapacitatea copilului de a face asociaţii libere verbale, se utilizează comunicarea non-verbală, prin joc şi desen, împreună cu unele elemente verbale pe care ei le oferă în forma fanteziilor sau alte tipuri de comunicare.

Aplicarea psihanalizei în bolile psihosomatice este relativ recentă, iar rezultatele sunt încă controversate. Se pare că e foarte importantă experienţa şi competenţa terapeutului.

Hipnoza

Are ca indicaţie majoră domeniul nevrozelor, dar în prezent se utilizează ca adjuvant al terapiei medicamentoase într-o serie de boli psihosomatice: astmul şi alte boli alergice, ulcerul duodenal, hipertensiune arterială, care răspund prin ameliorarea însemnată a simptomelor respective dacă boala nu s-a organizat încă în leziuni ireversibile.

Hipnoza în tratamentul durerii, care are întotdeauna şi o componentă psihologică, este o problemă de actualitate.

Terapia comportamentală

Porneşte de la premisa că simptomele patologice nu sunt decât comportamente învăţate, condiţionate, rezultate din experienţe anterioare de învăţare neadaptativă. Obiectivul terapiilor comportamentale este înlăturarea simptomelor. Pentru aceasta se recurge la diferite tehnici cum ar fi:

- desensibilizarea sistematică;
- desensibilizarea in vivo;
- antrenamentul afirmării de sine;
- recompensa simbolică este una dintre cele mai utile metode de tratament comportamental la copil. Se realizează prin acordarea unor mici recompense, atunci când comportamentul copilului răspunde unor cerinţe sau aşteptări ale anturajului său. Printr-un mecanism de feedback se realizează un proces de condiţionare şi o întărire a acestor comportamente.

Biofeedhack- ***ui***

Este un proces de antrenament care permite modificarea, în limite biologice, a funcţiilor viscerale, fiziologice, care sunt de obicei automate, involuntare. Tehnica utiliează o aparatură specială care traduce sub forma unui

stimul auditiv sau vizual o serie de parametrii biologici, cum ar fi: tensiunea arterială, temperatura corporală, tonusul muscular, ritmul cardiac. Tehnica biofeedback este utilizată şi în diverse disfuncţii psihosomatice: migrene, hipertensiunea arterială, tulburări gastrointestinale, anxietate, ulcer duodenal, durerile cele mai variate.

Terapiile de relaxare

Pornesc de la principiul că organismul se află într-o continuă alternanţă între activitate şi repaus, între tensiune şi destindere, între armonie şi conflict. Situaţiile conflictuale determină o stare de tensiune neuromusculară ce se repercutează şi pe plan psihic, prin hiperexcitabilitate, irascibilitate, anxietate, iar pe plan fiziologic prin creşteri ale secreţiei de catecoîamine, cortizoî, mărirea tensiunii arteriale şi a pulsului.

Cel mai frecvent se recurge ia antrenamentul autogen al lui Schultz şi la relaxarea musculară progresivă a lui Jacobson. Efectele nu se limitează numai la cele din plan subiectiv, ci se repercutează şi în plan fiziologic. în prezent cele două metode au o largă răspândire în scop profilactic, în patologie şi psihosomatică.

Psihoterapia de grup

Este o metodă aplicată cu predilecţie la adolescenţi care vădesc o anumită stângăcie în abordarea relaţiilor interpersonale. Grupul este alcătuit din 6-10 subiecţi, de ambele sexe şi este coordonat de terapeut. în cadrul grupului apare o anumită coeziune, având ca suport un proces complex de comunicare bazat pe cuvânt, mimică, gesturi. Treptat pacientul descoperă că în grup şi alţi membri prezintă probleme oarecum similare cu ale sale, iar unii dintre ei au găsit modalităţi de a face faţă situaţiilor. Se realizează astfel un nivel superior de autocunoaştere, expresivitate emoţională adecvată, eficienţă interpersonală.

Metoda este aplicată atât în patologia psihiatrică, cât şi în cea psihosomatică, cu rezultate bune în obezitate, boli cardiovasculare.

Psihoterapia de familie

A fost iniţiată de Ana Freud care a observat importanţa personalităţii părinţilor în psihoterapia copiilor.

La copil relaţia cu părinţii este puternică. Astfel, familia trebuie abordată ca o unitate de tratament, iar copilul ca un subsistem în cadrul relaţiilor familiale. Familia are un rol decisiv în acceptarea sau nu a sprijinului terapeutic, a sacrificiilor afective, de timp sau materiale pe care le implică tratamentul copilului. Terapeutul trebuie să-şi facă din familie un aliat şi, prin consiliere parentală, mizând pe o anumită flexibilitate din partea părinţilor, să îi ajute pe aceştia să-şi modifice modul patogenic de relaţionare cu copilul. Uneori părinţii înşăşi au nevoie de susţinere a echilibrului lor psihic, care poate suferi sub influenţa negativă a bolii copilului.

Terapie prin joc

Pentru copil jocul constituie o modalitate specifică de raportare la realitate, de cunoaştere şi autocunoaştere, de comunicare şi autoexprimare.

Jocul are rol în reducerea tensiunii psihice, în rezolvarea creatoare de probleme, în îndeplinirea imaginară a dorinţelor, ca şi în transformarea pasivităţii în activitate. Prin aceasta jocul constituie o sursă sanogenetică pentru copil. Terapeutul poate astfel identifica anumite conflicte ale copilului şi poate recurge la rezolvarea lor utilizând metoda psihoterapeutică pe care o consideră adecvată cazului.

Cu ajutorul terapiei de joc copilul poate fi pregătit pentru investigaţiile medicale care urmează a i se face (se pot folosi păpuşi cu care se pot mima diferite tehnici).

Jocul nu trebuie să fie excesiv pentru că astfel poate ajunge să nu elimine frica ci, dimpotrivă, s-o întreţină. E important ca prin joc să nu-i sugerăm copilului emoţii negative.

Există numeroase alte metode psihoterapeutice, alegerea uneia sau alteia dintre ele depinzând de vârsta pacientului, nivelul cognitiv, tipul şi gradul de perturbare psihoafectivă, dorinţa de colaborare şi de schimbare a situaţiei în care se află.

Concluzii

Datele prezentate nu au numai valoare teoretică, ci şi adaptatibilitate practică.

Numeroase studii pun în evidenţă efectele benefice ale psihoterapiei bine conduse, inclusă în programele de tratament ale bolilor somatice.

Unele cercetări sugerează necesitatea asumării de către pacient a propriei responsabilităţi pentru starea sa de sănătate sau boală, a conştientizării faptului că apariţia unei boli nu este întotdeauna o problemă de şansă, ci un eveniment pe care îl poate, într-o anumită măsură, controla. Din punct de vedere al abordării terapeutice, se impune angajarea activă a pacientului (co-interesarea sa) în procesul terapeutic.

Una din orientările viitoare ale medicinii ar trebui să fie a de a-1 ajuta pe bolnav să descopere şi să folosească resursele curative de care dispune propriul organism, cum sugerează comentariile asupra efectelor remarcabile în unele cazuri ale hipnoterapiei şi tehnicilor de imagerie mentală aplicate în contextul unor afecţiuni somatice.

XII. Etica şi trei probleme majore ale medicinei moderne: Cercetările pe om, Noile descoperiri în genetică şi Procreerea medicală asistată

Cercetările pe om

Acţiunile întreprinse cu scopul aprofundării cunoştiinţelor ştiinţifice despre om şi mediul său, despre viaţă, sănătate, boală, moarte, reproducere, cum sunt în special cele terapeutice şi preventive, definesc cercetarea medicală.

Cercetările în medicină sunt cognitive şi terapeutice sau fundamentale şi clinice. Cercetarea fundamentală nu s-a efectuat niciodată asupra omului, ci asupra animalelor de experienţă, acest fapt fiind valabil şi pentru cercetarea cognitivă.

Ştiinţa medicală (şi prin aceasta se înţelege cercetarea) a evoluat enorm în ultimii 50-60 ani şi în zilele noastre, principalele realizări fiind următoarele:

- Combaterea bolilor infecţioase bacteriene, cu descoperirea sulfamidelor şi apoi a antibioticelor (1937-1990). La aceasta se adaugă utilizarea ca antiinflamator a cortizonului.

Bolile virale (în afară de cele la care se aplică vaccinarea profilactică: rujeola, rubeoia, parotidita epidemică, poliomelita, etc.) au fost şi sunt mai greu stăpânite, culminând cu infecţia cu virusul imunodeficientei umane (HIV), responsabil de SIDA.

în acest ultim caz, cercetările pe plan mondial, în special în SUA, dar şi în Europa de vest, sunt foarte serioase, ţelul fiind obţinerea unui vaccin.

- Grefele de organe (1954-1960): transplantul de rinichi, măduvă, inimă, ficat, au însemnat o cucerire extraordinară, alături de posibilităţile de cunoaştere şi determinare a HLA şi a medicamentelor imunosupresoare, pentru evitarea fenomenului de respingere. Se adaugă la acestea un alt mare succes, utilizarea unor aparate pentru

înlocuirea unor organe: la început "plămânul de oţel", apoi "rinichiul artificial", aparatele de asistenţă circulatorie.

- îndepărtarea "pericolului" fecundării, datorită "pilulei" care, cu toate criticile aduse, a fost un progres enorm în a feri femeile de a-şi asuma naşterea a prea mulţi copii (Gregorz Pincus, 1960).
- Lupta împotriva cancerului - este unul din marile succese, deşi sunt încă multe de făcut. Reţinem că la copii, 3 din 4 cancere sunt vindecabile, la adult 2 *din* 3, datorită diagnosticului precoce prin examinări clinice sistematice, imagerie, căutarea oncogenelor, etc şi aplicarea adaptată a chirurgiei oncologice, chimioterapiei, radioterapiei şi binenţeles, a terapiei genice.
- Cunoaşterea şi "stăpânirea" problemelor legate de comportamentul uman constituie un progres prin realizările din neuroştiinţe, în special prin descoperirea hormonilor sistemului nervos central şi a reglării lor, apoi

obţinerea lor prin sinteză. în plus, şi-a adus aportul neuro-farmacoîogia care a realizat un mare beneficiu prin numeroasele şi eficientele medicamente. (Este altceva că abuzul de neurotrope devine azi un nou flagel social!) Foarte mari progrese s-au realizat în genetică, fapt de care beneficiază practic toate ramurile practice ale medicinei.

Toate aceste mari realizări au pus şi pun în continuare importante probleme de etică faţă de cercetare, inclusiv faţă de cercetarea clinică şi, în cazul acesteia, hai *cu* seamă în ceea ce priveşte cercetările terapeutice. Astfel, se testează diferitele medicamente noi pe subiecţi sănătoşi sau bolnavi, se testează unele I medicamente în comparaţie cu altele, sau se aplică tehnici şi protocoale ştiinţifice [elaborate şi controlate, cu scopui evaluării,

Pe plan mondial, în cursul anilor '70-[4]80 s-a născut noţiunea de responsabilitate a cercetării, cu trasarea clară a unor bariere, din respect pentru om.

Aceste principii sunt următoarele:

•Nici o cercetare asupra omului nu se poate face fără consimţământul său, iar acesta nu poate fi obţinut fără o informare prealabilă;

•Nici o cercetare nu va avea mai multe riscuri decât avantaje asupra persoanei care se "supune" acesteia;

•Nici o cercetare nu trebuie întreprinsă fără securitate, adică ea trebuie efectuată doar de echipe competente şi care respectă principiile de etică;

•Nici o cercetare nu trebuie să creeze un prejudiciu pacientului.

în felul acesta sunt respectate valorile etice acceptate de toate organismele internaţionale.

în timp, datorită evoluţiei mijloacelor de cercetare, a necesităţii securităţii şi respectului faţă de persoanele care consimt la ajutorarea bolnavilor, supunându-se [la diferite protocoale de cercetare, s-a ajuns la un consens în cele mai multe ţări.

Conform acestuia valorile de bază sunt: •Respectul absolut al oricărei persoane, indiferent de vârstă, starea sa, naţionalitate, sex, boală, religie, etc;

•Inviolabilitatea corpului uman;

•Justificarea cercetării ştiinţifice în serviciul omului;

•Necesitatea de a-i informa loial indivizii şi colectivitatea (societatea) de avantajele şi pericolele (!) pretenţiilor ştiinţifice;

•Sensibilizarea oamenilor, a profesioniştilor, a celor care decîd şi a politicienilor, cu privire la problemele etice puse de cercetarea medicală.

Pentru cercetările din alte domenii decât cele medicale, problemele etice de ! rezolvat sunt mai simple, fapt susţinut foarte bine de Convenţia Europeană de Bioetică.

Noile descoperiri în genetică

întotdeauna, ereditatea a pus probleme psihologice, filozofice, chiar politice şi în mod cert, etice.

Veritabila "întâlnire" a raporturilor între genetică, politică şi etică datează de la sfârşitul secolului XIX (după cercetările lui Danvin, Mendel, Galton, Garrod), cea mai importantă descoperire fiind cea a cromozomilor.

Ştiinţa eredităţii a parcurs cinci etape:

- **Prima etapă** începe în perioada următoare anilor 1945 prin identificarea exactă a numărului de cromozomi la om (Tijo şi Le Van); în 1959, descoperirea primei anomalii cromozomice la om, de către echipa lui Jerome Lejeune, trisomia 21, duce la naşterea unei noi ştiinţe până atunci necunoscută, cito genetica.
- A doua etapă se datorează lui Watson şi Criks care descriu, în 1960, structura de dublă elice a moleculei de acid dezoxiribonucleic, ceea ce deschide era geneticii moleculare. După 3 ani, se demonstrează mecanismul de transfer al informaţiei ereditare în cursul diviziunii celulare, ceea ce reprezintă codul genetic. în 1969, se identifică prima genă pe cromozomul uman.
- **A treia** etapă se caracterizează prin ceea ce s-a numit era manipulărilor genetice, pe care o putem mai bine desemna ca "geniu genetic". Cercetătorii epocii au reuşit să modifice secvenţele genelor conţinute în cromozomi pentru a le insera în alte celule, modificând comportamentul acestora, respectiv transformarea funcţiilor lor.
- **A patra** etapă constă în naşterea manipulărilor în domeniul reproducerii umane, ceea ce se numeşte astăzi procreatică (începând cu primul "bebe" în eprubetă, 1978).
- **A eincea etapă,** în care ne situăm şi acum, este caracterizată prin explozia de programe mondiale de cercetări privind genomul uman şi, legat de acesta, terapia genică şi medicina predictivă.

Terapia genică constă în utilizarea tehnicilor moderne în sensul amintit nu numai pentru a stabili diagnosticul, ci şi pentru a aplica tratamente.

Medicina predictivă deschide perspective considerabile privind detectarea predispoziţiilor pentru anumite boli.

O diferenţă fundamentală separă genetica medicală de alte forme de medicină clinică, şi anume caracterul specific al relaţiei medic-pacient. în medicina tradiţională există un dialog între doi parteneri, obiectivul unic fiind asistenţa. Există necesitatea unei confidenţialităţi stricte, garantul încrederii bolnavului. în bolile genetice, dialogul este între mai multe persoane: familie, ascendenţi, descendenţi, etc. încrederea (confidenţialitatea) este, de asemenea, "împărţită" cu alţii.

Vindecarea şi asistenţa nu mai sunt obiectul unic, acesta fiind înlocuit mai degrabă cu înţelegerea perturbărilor şi a mecanismului lor, viitorul, prevenţia, respectiv, transmisia la generaţiilor următoare. Nu se vorbeşte doar de boala actuală, ci mai degrabă de nşc, de viitorul potenţial Este, cu alte cuvinte, un alt limbaj.

De foarte mare importanţă este diagnosticul prenatal (antenatal), care constă dintr-un algoritm diagnostic efectuat pe o "fiinţă" în dezvoltare şi al cărei statut nu

este bine cunoscut. Această funcţie nu are încă un statut juridic stabilit şi totuşi are un statut.

Dacă embrionul are un statut, de ce drepturi ne folosim pentru a face manipulări asupra lui ? Se poate accepta ideea conform căreia părinţii săi, în special mama, au capabilitatea juridică şi morală de a da un aviz privind acest subiect ? încă nu s-a rezolvat, niciunde în lume, această problemă (nu s-au găsit aceste răspunsuri!).

într-un stadiu mai precoce, se poate face diagnosticul în perioada de pre-implant a embrionului în vârstă de câteva zile (exact înaintea reintroducerii sale în uterul mamei).

Posibilitatea identificării caracteristicilor genetice ale unui individ oferită prin analiza genomîcă deschide serioase perspective pentru progresul cunoştiinţelor bolilor şi pentru identitatea judiciară, dar ele pot, de asemenea, să constituie o ameninţare gravă pentru securitatea şi liniştea indivizilor.

Problema terapeuticii în genetică se pune, de asemenea, foarte diferenţiat:

•Suprimarea vieţii unui fat ar fi recomandată doar în cazul bolilor mortale sau extrem de grave şi dacă părinţii îşi dau consimţământul în faţa unor dovezi certe !

•Există boli genetice în care diagnosticul precoce şi instituirea tratamentului duc la o viaţă compatibilă cu normalul.

•Perspectivele aduse de terapia genică sunt mult mai promiţătoare.

Aceasta constă în introducerea în celulele umane a unei gene capabile de a provoca modificări biologice, pentru a compensa un deficit transmis genetic sau pentru a permite unor celule de a-şi exersa funcţiile pe care şi le-au pierdut sau pe care nu le-au avut, transferul genei facându-se printr-un vector.

Toţi cercetătorii şi filozofii sunt de acord cu ideea acceptării acestui tip de tratament pentru celulele corpului uman (somatice), dar se refuză, pentru moment cel puţin, acceptarea ideii transformării gârneţilor, respectiv a face apel la terapia genică germinală !

De asemenea, s-a acceptat greu ideea unei terapii genice embrionare, deoarece se ajunge, în acest caz, foarte rapid, la un domeniu apropiat de eugenismul pozitiv.

Toate acestea au determinat o serie de reflecţii, punându-se problema autorizării acţiunii asupra celulelor reproducătoare.

în materie de anchetă genetică, este necesar de a explora situaţia familială pentru a determina caracterul transmisiei unei afecţiuni ereditare. Se procedează deci la "anchete", dar acestea trebuie să-şi păstreze un caracter confidenţial.

în legătură cu aceasta se pun mai multe întrebări: •Este legitim de a interveni la persoanele apropiate (rude) unui subiect suspect de o boală genetică? •Se cere acestuia autorizaţia ?

•Trebuie sau nu informate persoanele la care se descoperă că sunt purtătorii genei bolii respective ?

•Există dreptul de a interveni în interiorul familiei ?
•Nu există riscul de a perturba relaţiile între diferiţi parteneri şi, în special, în interiorul unui cuplu ?
•Dacă ne găsim în faţa unei boli care se transmite după modul recesiv, situaţie în care se ştie că, consanguinitatea creşte considerabil acest risc, ce mesaj lansăm? Intervenim pentru a descuraja căsătoria între consanguini ?
•O altă situaţie delicată este cea a prezenţei anomaliilor cromozomice "minore", în special a translocaţiilor. Unele persoane purtătoare a unei translocaţii nu au semne de boală, dar unul din subiecţii descendenţi pot avea o malformaţie (!). Ce trebuie făcut în acest caz?
•în cazul riscului afecţiunilor sistemului nervos central sau a afecţiunilor psihiatrice genetice determinate, ce le spunem descendenţilor acestor persoane, atâta timp cât ei nu şi-au pus nici o întrebare?

Sfatul genetic este o problemă de mare responsabilitate care trebuie să ajungă la un nivel ştiinţific, practic în toate ţările unde medicina este respectată şi deci unde se alocă fondurile necesare.

Ideal ar fi crearea unei Comisii Naţionale de Vigilenţă a Medicinei Reproducerii,

Abordarea procreerii medicale asistate de către un cuplu necesită o informare, cea mai completă posibilă, privind indicaţiile, tehnicile utilizate, rezultatele scontate.

Adesea este nevoie de concursul unor specialişti cu orizonturi diferite: terapeuţi, ginecologi, obstetricieni, biologi, psihologi, pediatri...

Este important de a lăsa cuplului timpul de reflecţie şi asimilare a informaţiilor (cel puţin o lună).

Medicul trebuie să judece, de asemenea, repercursiuniie asupra cuplului, în cazul eşecului acestor tehnici.

Medicii implicaţi în asistenţa medicală a procreerii trebuie să reflecteze personal la marile probleme pe care le pune practica.

Aprofundarea fiecărei situaţii se poate face în cadrul Comisiei Etice locale, în Grupele Naţionale de Reflecţie, ţinând seama de tendinţele societăţii, de evoluţia sa.

Medicul trebuie să aibă nu numai o formare profesional-ştiinţifică excepţională (J.Beraard spunea: "tot ceea ce nu este ştiinţific nu este etic), ci şi una cultural-intelectuală, în domeniul ştiinţelor umaniste: filozofie, sociologie, drept, cunoştinţe în cultură şi religie.

Medicul trebuie să-şi facă facă griji faţă de evoluţia acestor cupluri supuse tehnicilor de asistenţă medicală a procreeriî şi faţă de dezvoltarea copilului lor, respectând intimitatea pe care o astfel de familie aspiră să o aibă, în plenitudinea sa.

Procreerea medicală asistată

Procreerea rezultă din întâlnirea a două persoane diferite care doresc să dea naştere unei vieţi. Această viaţă se organizează după unirea (sau fecundarea) a două celule morfologic foarte diferite, gârneţii. Din această unire se formează o nouă celulă genetic unică, fragilă-embrionul-care este purtătorul potenţialului de dezvoltare a unei fiinţe, conform proiectului parental.

Această definiţie muîtidisciplinară susţine rolul reflecţiei etice, absolut necesară dacă această procreere necesită un ajutor medical.

Sterilitatea nu permite cuplului de a-şi realiza proiectul său de procreere. Subiectul steril nu este un bolnav în sensul obişnuit al termenului, frecvent el neprezentând nici un simptom organic.

Sterilitatea provoacă o suferinţă deosebită, descoperirea cauzei sterilităţii determinând o cuipabilizare a subiectului steril şi o fragiîizare a cuplului.

Progresele ştiinţifice au permis nu numai de a observa şi a cunoaşte mai bine fecundarea şi dezvoltarea primelor stadii ale embrionului, ci, de asemenea, de a interveni asupra fecundării, dacă ea este improbabilă (hipofertilitatea) sau chiar imposibilă (sterilitate). Astfel, sunt dezvoltate metodele "Procreerii Medicale Asistate **(PMA)"** sau **"Asistenţei Medicale** a Procreerii (AMP)", pentru că medicul nu intervine, în aparenţă, decât asupra fenomenului biologic, celular al procreerii (deşi există imixtiune în viaţa intimă a cuplului). Asistenţa Medicală a Procreerii poate fi definită şi ca un mod desexualizat al procreerii.

Suferinţa, insuficienţa trăită în doi, determină interpelarea medicului, ceea ce duce, în mod obişnuit, la precizarea anomaliilor biologice sau anatomice care stau la originea sterilităţii. Medicul nu va uita că procreerea este un fenomen biologic!

Rapiditatea evoluţiei tehnologice, posibilităţile de a studia, de a manipula embrionul uman şi de a-i modifica evoluţia, "influenţele" societăţii şi dificultăţile juridice au determinat specialiştii Asistenţei Medicale a Procreerii de a stabili agende denumite "ghiduri de practică"care trebuie legiferate de instituţiile politice.

Principalele probleme etice în acest domeniu şi riscurile care există vor fi discutate mai departe.

în cazul Asistenţei Medicale a Procreerii intraconjugale, gârneţii utilizaţi sau embrionii obţinuţi aparţin cuplului.

- însămânţarea cu spermă: Această metodă, practicată cu succes de multă vreme, constă în depunerea spermatozoizilor în vagin, col sau cavitatea uterină,în cursul perioadei ovulatorii, metoda fiind ameliorată în ultimii ani prin metode de lavaj şi selecţie a spermatozoizilor.

Indicaţii: Oligospermie (cantitatea mică de spermatozoizi în sperma ejaculată) "sterilitate masculină" neexplicată, anomalie a mucusului "gelatinei" cervicale, anomalie anatomică pentru o ejaculare eficientă. O tulburare psihogenă a ejaculării este controlabilă, deseori fiind necesară şi o intervenţie a sexologului sau a psihiatrului.

Această tehnică permite o graviditate mai rapidă, dar aceasta riscă să agraveze tulburările psihologice ale cuplului şi să facă dificilă acceptarea copilului. Sunt necesare precauţii (analize virusologice şi bacteriologice) pentru a evita transmiterea prin spermă a bolilor grave (SIDA, hepatită B, hepatită C, etc.) la femeie şi la viitorul copil.

- Autoconservarea: congelarea în azot lichid la -196°C a spermei, după un amestec cu un mediu crioprotector, permite de a conserva spermatozoizii şi deci, de a disocia recoltarea lor de utilizarea lor pentru o însămânţare artificială. Această conservare este propusă în cazul în care bărbatul din cuplu va fi supus unei terapii sterilizante (chimioterapie, radioterapie, castrare terapeutică).

Această disociere, în timp, între recoltarea şi însămînţarea spermei, pune o problemă de morală în mai multe cazuri.
Bărbatul poate muri din cauza bolii care a necesitat tratamentul sterilizant. în multe astfel de cazuri, femeia a cerat o însămânţare cu sperma conservată a bărbatului său. întrebări:

•sperma stocată aparţine femeii ? •trebuie să se ţină seama de dorinţa parentală din momentul depunerii spermei
sau din momentul însămânţăm ?
•care este filiaţia legală a unui copil conceput în acest mod?
•poate fi favorizată naşterea unui copii iară tată ?

în ţările unde nu există lege în acest sens, tribunalele iau două tipuri de hotărâri: fie se acceptă trimiterea spermei văduvei de la Centrul de Studiu şi Conservare a Embrionilor şi Spermei umane, fie se refuză restituirea spermei. Acolo unde există lege, este vorba de legea de biotică, se precizează: "Bărbatul şi femeia care formează un cuplu trebuie să fie în viată şi să consimtă în prealabil ia însămânţare".

- Medicul de ia banca de spermă are dreptul să favorizeze însămânţarea artificială cu sperma conservată a urnii pacient, când ştie că acesta suferă de o boală gravă şi este chiar în faza finală ? Nu există în dorinţa cuplului o "fugă", o respingere a morţii ? Care ar fi în acest context, semnificaţia reală a unei asistenţe medicale de procreere? Roiul medicului n-ar fi dimpotrivă contrariul, de a-şî "pregăti" pacientul şi anturajul de acest final, fără a-1 masca?
- Conservarea de spermă a fost cerută de către cupluri în care bărbatul a fost privat de raporturi sexuale cu soţia: prizonier, condamnat, profesii care-i ţin departe unul de altul pe perioade lungi. în unele ţări acesta dorinţă se respectă (de ex. cu puţin timp înainte de plecarea soldaţilor în războiul din Golf, băncile americane de spermă au înregistrat numeroase cereri de congelare). în alte ţări, de exemplu în Franţa, medicii au refuzat întotdeauna aceste indicaţii, nefiind vorba de o hipofertilitate sau de o "sterilitate". Misiunea medicului nu este de a suplini interdicţiile, dificultăţile sau constrângerile societăţii!

Tehnicile de fecundare în vitro (FÎV) şi microinjecţia (ICSI - intracytoplasmic sperm injection)

Acestea sunt tehnici de AMP, grele şi uneori destabilizatoare pentru cuplu.

Microinjecţia sau IC SI, constă în a injecta un spermatozoid viu într-un ovocit matur, penetrând cu ajutorul unei micropipete zona "pellucida" (care înconjoară ovocitul) şi membrana pîasmică a gârneţului femeii.

Această tehnică este folosită în special atunci când caracteristicile spermatozoizilor (numărul foarte redus, numeroase forme anormale, mobilitate redusă...) nu permit aşteptarea unei fecundări de tip FIV clasică. Studiile efectuate la copiii născuţi după efectuarea ICSI par să arate că această tehnică nu creşte în mod semnificativ riscurile de anomalii cromozomiale şi malformaţii.

Afirmaţia însă trebuie verificată în viitor, pentru că există deja cercetări care susţin creşterea riscului unor anomalii gonosomice (care privesc cromozomii sexuali), cum ar fi micro-deleţiile cromozomului Y, posibil răspunzătoare de "sterilitatea ereditară". Concluziile în sensul consecinţelor se vor trage după aşteptarea unei generaţii de indivizi astfel procreaţi.

Pentru a creşte şansele de reuşită a FIV s-a procedat la "întâlnirea" mai multor ovocite puncţionate, cu spermatozoizii soţului, ceea ce creşte numărul de embrioni, respectiv riscurile unei graviditâţi multiple, ţările cu mai multă experienţă acceptând însă maximum 3 embrioni.

Embrionii supranumerari ne-reimplantaţi pot fi conservaţi în azot lichid pentru un transfer intra-uterin ulterior. Această conservare, care disociază în timp, fecundarea de vidaţie, poate să fie justificată de necesitatea protejării embrionului şi pentru limitarea numărului de puncţii ovocitare în cazul eşecului la tentativa de fecundare în vitro.

Statutul embrionului

Se poate congela embrionul, această "persoană umană potenţială" cum 1-a certificat Consiliul Consultativ Francez de Etică? Trebuie să i se confere embrionului uman un statut juridic particular?

Fără discuţie este nevoie de o legislaţie aparte, pentru că embrionul trebuie pregătit ca o personalitate, nu completă din punct de vedere juridic, ea fiind condiţionată de fapt de dependenţe de alte persoane: mama şi biologul care asigură congelarea. Legislaţia trebuie să asigure de la bun început respectul demnităţii umane, respectul vieţii de la începuturile ei. Extrem de fragil fiind, un embrion este purtătorul potenţial al dezvoltării continue a lumii. Durata conservării nu poate fi prelungită nedefinit, consensul fiind de maximum 5 ani.

în ţările cu multă experienţă în domeniu, legea bioeticii este clară şi mereu perfectată.

Dispoziţiile evocate în legea bioeticii pentru protejarea embrionului in vitro, îl diferenţiază de embrionul in vivo, care este mai puţin protejat (contracepţia prin acţiunea steriletelor, pilulelor contraceptive, medicamente,...)

Dacă, în cursul perioadei de conservare, proiectul parental al cuplului dispare (separare, divorţ, deces) ce se va întâmpla cu aceşti embrioni ? Dispariţia proiectului parental este suficient pentru a modifica protecţia sa ?

în cazul decesului tatălui, legea bioetică este diferită în multe ţări, astfel, în unele ţări, se respectă dorinţa mamei, în altele, legea nu permite transferul embrionului după moartea tatălui, iar în altele se propune acceptarea transferului embrionului la mamă la minimum trei luni şi la maximum un an de la decesul soţului.

în alte cazuri, sunt următoarele posibilităţi:

•Oprirea conservării, adică distrugerea embrionului, evitând orice tentaţie de a-l utiliza, în special, pentru cercetări. Acolo unde există lege, nu se precizează cui îi "revine" această decizie delicată.

•Primirea embrionului de către un cuplu "receptor". Redactarea textului legii a fost dificilă, din cauza absenţei statutului embrionului şi a necesităţilor controlului sanitar. în timp ce confidenţialitatea pare a preocupa pe bună dreptate pe legislator, cei care intervin în această primire a embrionului sunt mulţi: două sau chiar mai multe echipe clinico-biologice de AMP, două instanţe de mare importanţă cu întocmirea şi verificarea a numeroase documente, în care consimţământul "cuplului donator" rămâne anonim.

Donarea embrionului în scopuri ştiinţifice este oprită de lege în multe ţări, legea opunându-se manipulărilor genetice. In alte ţări, legea prevede totuşi că, pentru embrionii supranumerari, în anumite condiţii de rigoare ştiinţifică şi sub controlul unei comisii, cu acordul prealabil al cuplului, se pot întreprinde studii în scop medical, fără atingerea integrităţii embrionului. Discuţiile asupra autorizării cercetărilor pe embrionul uman, sunt azi printre dezbaterile cele mai delicate !

In concluzie, viitorul embrionilor ne-implantafi trebuie să fie abordat cu cuplul din momentul când tentativa de FIV este decisă. Cuplul trebuie să primească o informaţie completă asupra derulării actelor clinice şi biologice,asupra succesului şi riscurilor metodei AMP vizate, asupra congelării embrionilor şi asupra consecinţelor acesteia. Trebuie, de asemenea, ca responsabilul proiectului parental să se preocupe de viitorul embrionilor supranumerari şi să se facă acte în scris asupra deciziilor luate.

Diagnosticulpreimpiant (DPI) şi diagnosticul preconcepţional (DPQ

Obţinerea embrionilor prin fecundare în vitro permite de a se interveni la începutul dezvoltării, prin micromanipulări asupra celulelor constitutive (biastomere).

Descrierea acestor celule iniţiale multi-potente ("toti-potente") determină formarea a mai mulţi embrioni genetic identici (cîonaj).

Aceste tehnici permit depistarea unei anomalii genetice la o parte din aceste celule ale embrionului, mai cu seamă dacă la un cuplu există un risc crescut de a transmite eroarea, defectul

Acest diagnostic preimplant constituie o alternativă a diagnosticului prenatal (DPN) şi evită întreruperea sarcinii, gest adeseori traumatizant mai ales din punct de vedere psihologic.

Acest depistaj este propus în unele ţări în legea bioeticii şi aplicarea sa este prevăzută în condiţii particulare.

Indicafiile medicale ale acestei tehnici rămân rare (în Franţa de exemplu, între 150^00/an). Această metodă este o derivă a indicaţiilor AMP şi comportă pericole de deviaţie (clonajul uman, sexajul embrionilor...).

Această metodă pune, la modul concret, problema statutului embrionului:

•De fapt, trebuie considerat că celulele disociate pentru studiu în cursul micromanipulării au valoare de embrioni umani ? Dacă este aşa, atunci este vorba de clonaj !

•Este cert însă, că nu este vorba de un clonaj reproductiv, pentru că scopul nu este acela de a obţine "dezvoltarea" mai multor indivizi identici.

•Se poate admite în acelaşi timp, dacă-l considerăm embrion (ca o persoană potenţială), ca aceste celule să fie utilizate ca test biologic de depistaj "în profitul" altui embrion (celule restante) ?

O altă alternativă a cercetării transmisiei anomaliilor genetice este în curs de experimentare: diagnosticul preconcepţional s-ar face prin cercetarea anomaliilor globulare, elemente celulare de talie mică, asociate ovocitelor î Cercetarea se efectuează deci pe o celulă de natură gametică şi nu comportă distrucţia embrionului.

Clonajul uman

Obţinerea primului animal clonat (oaia Dolly, 1997) a bulversat reflecţiile geneticienilor la noile achiziţii anterior discutate. Acest succes tehnologic permite de a efectua numeroase cercetări fundamentale şi aplicaţii pozitive la animal (realizarea de modele ale bolilor umane, producerea de proteine umane, producerea de bănci de organe pentru xenografie...).

Perspectiva clonajului reproductiv la om a fost unanim respins de către Comunitatea Ştiinţifică şi de către instanţele internaţionale (Comitetul de Miniştri şi Consiliul Europei, OMS, etc).

Dimpotrivă, clonajul zis terapeutic, care permite obţinerea de celule, este într-o discuţie avansată pentru autorizare.

Asistenţa medicala a procreerii extra - conjugală

AMP extra - conjugal necesită un donator din exteriorul cuplului (gârneţi sau embrioni). Ea se adaugă la disociaţiile precedente (sexualitate, fecundare, gestaţie), disocierea între părinţii biologici şi părinţii efectivi părând pentru unii a fi ca o transgresiune sociologică (adulter biologic?). Ea pune de asemenea problema definiţiei juridice a filiaţiei.

Donatorul de spermă

Cunoscută de multă vreme la animal, însămânţarea cu spermă "donată" nu s-a dezvoltat, practic, la om, decât după introducerea crioconservării. Congelarea, de fapt, separă momentul recoltării spermei de însămânţarea artificială. Timpul acesta de disociere este necesar pentru a asigura calitatea donatorului şi pentru anonimatul său.

Gratuitatea este un principiu bine respectat în Franţa, dar nu şi în alte ţări, unde donatorul primeşte o sumă de bani. Atenţie, deşi numărul donatorilor în ţările unde se respectă principiul gratuităţii este mai mic, calitatea acestora este mai bună, iar în ţările unde există renumeraţie au fost descrise cazuri de SIDA apărute datorită donării de spermă de către toxicomanii contaminaţi (de exemplu).

Problema "donaţiei" de la un cuplu la altui este de asemenea delicată, de aceea însămânţările cu spermă donată se fac numai cu indicaţii medicale şi în favoarea unui cuplu care prezintă hipofertilitate, sterilitate, sau dacă există riscul transmiterii unei boli grave copilului.

însămânţările de convenienţă, inclusiv pentru femeile singure, nu sunt acceptate în unele ţări (de exemplu Franţa), dar ele sunt acceptate în altele (Belgia, SUA)

Anonimatul "donaţiei" este o regulă de la bun început. Donarea de spermă de către un cuplu este o cerere care trebuie să excludă orice legătură în sensul filiaţiei între cuplul donator, copil, şi cuplul care doreşte acest copil. Donatorul nu va şti cui îi va fi atribuită sperma pe care a donat-o, iar cuplul care a cerut spermă nu va cunoaşte originea donatorului.

Respectul anonimatului permite cuplurilor acceptarea de "a ţine sub tăcere" originea biologică a copilului.

Se vrea frecvent o "...metizare" a copilului faţă de "tatăl său" şi realmente se poate încerca apariţia unor caractere prin selecţionarea donatorului (culoarea ochilor, părului, greutate, talie...). Stabilitatea cuplurilor care au recurs la IAD, cererile pentru al doilea, al treilea copil, pare a confirma acceptarea acestor tehnici în societatea franceză.

In unele ţări sau culturi, secretul nu este admis, aşa cum se întâmplă în ţările nordice, în special în Suedia, unde legea permite oricărei persoane majore de a-şi cunoaşte "originea biologică", aplicându-se "legea sângelui". însămânţarea cu spermă donată este interzisă în Germania. Există deci, o dispersie de atitudini, ceea ce face dificil de realizat un consens european.

***Donarea de** ovocite*

Principalele reguli ale donatorului de spermă pot de asemenea să se aplice donatorului de ovocit: gratuitate, anonimat, donarea din partea unui cuplu altui cuplu.

Donarea de ovocite are totuşi mai multe particularităţi:

Prelevarea de ovocite necesită un tratament medical în sensul stimulării ovulaţiei şi un gest invaziv (puncţionarea ovarului) care nu sunt lipsite de riscuri.

Ovocitul, celulă mare, cu stare nucleară instabilă, nu este congelabiî, ceea ce face să coincidă prelevarea ovocitară cu fecundarea în vitro (se poate folosi, în cazul cuplului care-şi doreşte copilul, sperma conservată a soţului).

XIII. Stresul în spiritul ştiinţelor comportamentului

Definita stresului

De peste 40 de ani, termenul de "stres" este foarte popular în ştiinţele comportamentului şi în sănătate (medicină). în viaţa de toate zilele, "stresul" a devenit o vorbă la modă, un cuvânt-pretext, cu tendinţă la a se vulgariza. Se ştie însă, conform unor dovezi ştiinţifice, că există o relaţie între stres şi o multitudine de simptome, până la boli cu potenţial mortal, aşa cum este de exemplu infarctul miocardic.

în psihologie, dar şi în medicină şi sociologie, există actualmente trei concepţii ale stresului:

- Sub formă de condiţie într-o situaţie dată; în aceste modele de stres centrate pe stimulare, stresul este conceptuaîizat ca un stimul sau ca o constelaţie de stimuli şi este legat de situaţie.
- Sub formă de reacţie; modelul de stres ca reacţie se datorează fiziologului şi fondatorului noţiunii de stres, Hans Seyle, care a interpretat stresul ca o reacţie nespecifică a organismului la o insultă şi în care mecanismele biochimice şi endocrine ale reacţiei au o importanţă capitală.
- Sub formă de relaţie persoană-mediu. Stresul ar fi o comandă făcută capacităţilor de adaptare ale spiritului şi corpului (Fontana, 1989). Stresul este definit după Lazarus (1991) ca o relaţie între o persoană şi mediul său, relaţie care este simţită de către individ (pacient) ca fiind obositoare sau excesivă pentru resursele sale şi periculoasă pentru binele său de a fi.

Din cauza subiectivităţii care caracterizează această concepţie stresul nu poate fi, la modul real, nici definit, nici măsurat, după Briener (1993).

La modul absolut general, stresul constă într-un ansamblu de perturbaţii psihice şi biologice provocate de o anumită agresiune asupra organismului.

Nu toate formele de stres sunt însă periculoase sau ameninţătoare pentru organism. Pentru a fi bine, omul are, de asemenea, nevoie de stres sub formă de sarcini, provocări şi obiective interesante.

Se disting de altfel, două forme de stres:

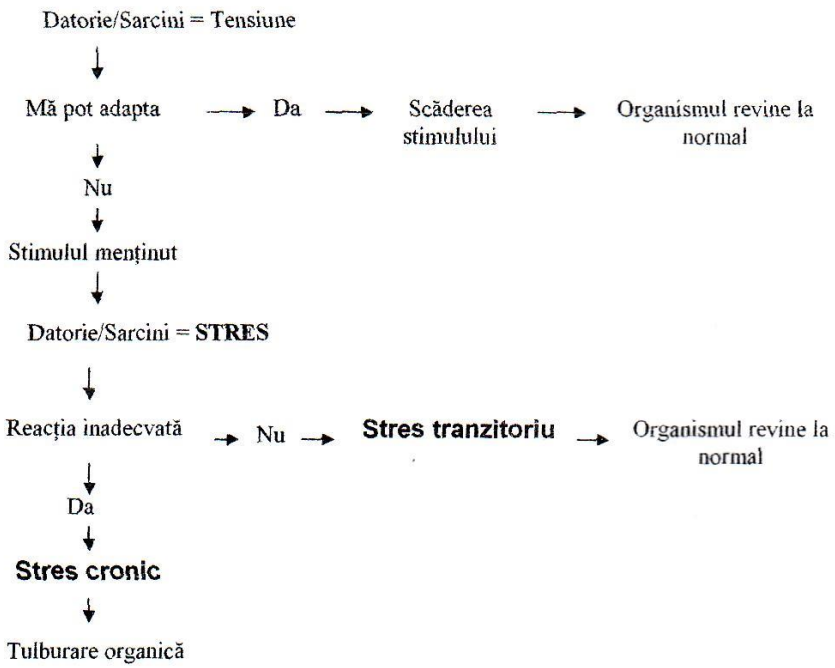
- Eustresul (eu = bun, bine, în greacă) sau stresul pozitiv, care stimulează performanţele, omul trăind în special un sentiment agreabil de satisfacţie sau de şansă. •Distresul (dys = rău, în greacă) sau stresul negativ, care limitează performanţele şi care poate duce la boală.

Cum noţiunea de stres este utilizată foarte des în viaţa de toate zilele şi iară suficient discernământ unii autori preferă termenul alternativ de "surmenaj". Prin acest termen autorii înţeleg o stare în care o persoană apreciază subiectiv că resursele sale sunt insuficiente.

Există şi inversul problemei: posibilităţile şi pretenţiile mediului sunt prea slabe, iar resursele persoanei sunt foarte mari. Aceeaşi autori vorbesc în acest caz de "frustare" sau de "subsolicitare".

Structura stresului

Schema următoare arată travaliul parcurs în interiorul organismului în timpul stresului. Ea demonstrează diferitele faze, reflexele şi reacţiile la traversarea perioadei de stres.



Factorii stresului

Factorii stresului sunt de fapt cauzele acestuia care pot declanşa reacţiile stresului.

Factorii stresului regrupează mai multe situaţii care pot merge de la evenimente traumatizante (război, viol, etc), la mici probleme cotidiene, dar contrariante şi sâcâitoare ("daily hassles") cum ar fi pierderea unei chei sau blocajul unei străzi sau autostrăzi, şi până la schimbări radicale în viaţă ("life events") cum ar fi pierderea unei persoane apropiate, căsătorie sau naşterea unui copil.

Factorii declanşatori ai stresului pot apare în orice domeniu. în viaţa profesională pot exista:

•"presiunea timpului";

•"presiunea performanţelor";
•problema concurenţei;
•lipsa personalului;
•atitucjini problematice în faţa superiorilor sau colaboratorilor;
•frica de a-ţi pierde slujba, în caz de restructurări;
•surmenajul;
•munca frustrantă.

Factorii de stres în familie pot fi:

• problemele de educaţie sau de şcolarizare a copiilor;
• conflictele cu partenerul;
• incoordonare între muncă şi familie.

Mai pot intra în discuţii:

• lipsa timpului pentru propriile **hoby-uri;**
• un exces de obligaţii sociale;
• plictiseala.

în domeniul propriului corp şi a sănătăţii, fenomene cum ar fi lipsa cronică a somnului, lipsa sau insuficienta mişcare, excesul ponderal, îmbătrânirea, frica de boală pentru tine sau cei apropiaţi, etc, pot deveni factori de stres.

Pe lângă aceşti factori de stres psihic există, bineînţeles, o multitudine de factori de stres fizic cum ar fi zgomotul străzii, praful din zona construcţiilor, zborul avioanelor, etc.

Simptomele stresului

în general, simptomeîe şi semnele stresului sunt:

•expresie ce trădează starea de tensiune;
•dificultatea de a înţelege, vorbire (mesaj) sacadată sau chiar discordantă;
•clipit din ochi;
•somn perturbat;
•alimentaţie perturbată;
•impulsivitate;
•comportament deviant (ridică probleme psihologilor şi psihiatrilor);
•manifestări isteroide;
•mişcări bruşte;
•tonul vocii schimbat;
•iritabilitate;
• impresia" de corp în tensiune;
•dificultatea de a se concentra;
•teama de a nu se sinucide şi tentativa de suicid(!);
•panica;
•frica de moarte;
•falsă criză cardiacă;
•boală cardiacă adevărată;
•ulcer gastro-duodenal;

•boli de piele, etc.

Stresul se exprimă, în esenţă, prin simptome fizice şi psihice.

Simptome fizice

în circumstanţele calificate ca stresante, respiraţia se accelerează şi se intensifică, pulsul se accelerează, tensiunea arterială creşte, există perturbări funcţionale iniţial (în final organice !), pluriviscerale.

Cele mai multe modificări fiziologice sunt imputabile activării a două sisteme neuro-endocrine controlate şi activate de către hipotalamus, sistemul nervos autonom (simpatic) şi hipofiza.

într-o situaţie de stres, hipotalamusul lansează impulsuri nervoase simpaticului care iniţiază manifestările menţionate anterior cum ar fi accelerarea ritmului cardiac sau "mărirea" pupilelor. Sistemul nervos simpatic este responsabil de stimularea suprarenalelor (meduîosuprarenalelor î) cu descărcare de adrenalină şi noradrenalină care "activează" o serie de organe.

Hipofiza reacţionează la semnele hipotaîamusului secretând doi hormoni esenţiali:

1) Hormonul tireotrop (TTH), cu creşterea nivelului hormonului tiroidian, responsabil de:

•accelerarea metabolismului;
•irascibilitate, nervozitate;
•insomnie;
•epuizare;
•tremurături, etc.

2) Hormonul adrenocorticotrop (ACTH) care stimulează corticosuprarenaiele, cu "descărcare" exagerată de cortizon, iniţial favorabilă pe plan energetic, apoi cu efecte nefaste, fie că corticosuprarenala "lucrează" excesiv, fie că se epuizează.

în stres se produce şi "descărcarea" de endorfmă, care poate cauza sau accentua gravitatea migrenelor.

în stres se produce o diminuare a producţiei hormonilor sexuali, cu diminuarea plăcerii, ejaculare precoce, absenţa orgasmului la femei, etc.

în stres există tulburări funcţionale care pot deveni organice, fapt ce-1 ilustrăm în special prin repercursiunile cardiace, de la tahicardie, stop cardiac mortal, la tulburări ale circulaţiei coronariene cu manifestări ischemice dureroase sau embolie. Sunt supărătoare repercursiunile pe tubul digestiv (patologie funcţională, apoi organică): balonări, greţuri, crampe, afectarea apetitului (anorexie sau bulimie), senzaţie de gură uscată, diaree şi/sau constipaţie (colon iritabil), ulcer gastric sau duodenal.

Printre tulburările metabolice subliniem trei, ca foarte importante:

•Creşterea nivelului glicemiei, sursă energetică de scurtă durată, care poate agrava un diabet zaharat preexistent sau poate favoriza instalarea acestuia;
•Creşterea colesterolului în sânge, cu depunere pe pereţii vaselor (ateroscleroză);

•Scăderea magneziemiei, martor foarte fidel din punct de vedere metabolic al stresului şi care poate fi responsabil de: spasme musculare (pe musculatura somatică sau viscerală), parestezii (amorţeli), furnicături, ameţeli, etc.

Simptome psihice

Contrar reacţiilor date de stres pe plan fiziologic, fîziopatologic, care se produc "automat", reacţiile în cadrul stresului psihic sunt dobândite şi depind în marea lor majoritate de interpretările lumii şi percepţiile noastre precum şi de facultăţile noastre de a reacţiona.

Efectele pe plan psihic (psihologic, cu posibilă nuanţă de psihiatrie, care prin intensitate şi/sau cronicizare pot duce la boli psihice!) pot fi sistematizate astfel:

Efecte cognitive
•Diminuarea atenţiei;
•"Om distrat";
•Deteriorarea memoriei;
•Viteza de reacţiei întârziată;
•Creşterea numărului de greşeli;
•Capacitatea slabă de a planifica şi a se organiza;
•Numeroase (şi în creştere !) erori în gândire, etc.

Efecte emoţionale
•Accentuarea tensiunilor fizice şi psihice;
•Apariţia şi/sau accentuarea hipocondriei;
•Modificarea trăsăturilor de personalitate;
•Slăbirea convingerilor morale şi emoţionale;
•Depresie şi sentimentul de disperare;
•Diminuarea stimei de sine, etc.

Efecte comportamentale generale
•Agravarea tulburărilor de vorbire;
•Diminuarea entuziasmului;
•Absenteism;
•Tentaţia sau chiar recurgerea la droguri;
•Scăderea nivelului de energie; •Somn perturbat; •Comportament cinic faţă de alţii;
•Ignorarea informaţiilor noi; •Comportament bizar; •Ameninţare de suicid şi suicid (!);
•Accentuarea violenţei fizice şi verbale;
•Accentuarea agresivităţii; •Tulburări de comportament, etc.

Stresul şi sănătatea

Primul cercetător care a analizat repercursiunile stresului "greu" şi "durabir asupra organismului cu mijloace ştiinţifice moderne a fost Hans Seyle, care a vorbit despre "sindromul general de adaptare". Conform acestuia există un model tipic al mecanismelor fiziologice de adaptare nespecifice care apare ca reacţie la o ameninţare permanentă a unui factor de stres.

Acest sindrom are trei faze caracteristice:

- Reacţia de **alarmă;** este vorba de mobilizarea energiilor fizice şi psihice disponibile pentru apărarea faţă de o ameninţare psihică sau fizică.
- Faza de rezistenţă; organismul furnizează o rezistenţă activă datorită activării reacţiilor psiho-fizioiogice faţă de factorii de stres. Deşi situaţia ameninţătoare persistă, simptomele apărute în timpul primei faze dispar şi procesele fiziologice activate prin reacţia de alarmă se normalizează.

Chiar dacă există o mai mare rezistenţă faţă de factorii de stres iniţiali în timpul acestei a doua faze, rezistenţa la alţi factori de stres este redusă. Chiar un factor de stres mai slab poate antrena o reacţie puternică dacă resursele organismului sunt mobilizate prin rezistenţă la un alt factor de stres.

- Faza de epuizare; dacă organimul este expus prea lung timp la factorii de stres nocivi, se ajunge la un punct în care nu mai este posibil de a fi menţinută rezistenţa. Stadiul de epuizare poate antrena prăbuşirea totală a organismului.

Subliniem din nou că stresul contribuie la apariţia unui însemnat număr de boli, în special este cazul bolilor cardiovasculare, inclusiv (sau mai ales) a bolilor coronariene, dar şi a astmului bronşic, bolilor sistemului imunitar, cancerului, precum şi a bolilor psihice cum ar fi depresiile şi stările de angoasă.

Stresul ca problemă a societăţii nu se întâlneşte numai în relaţie cu munca (femeile în special, dar şi bărbaţii), ci şi la adolescenţi (şcoală, formare, viitor) sau în domeniul privat (familie, concubinaj).

Din punct de vedere al riscului de a dezvolta stres există după Friedman şi Rosenman 3 tipuri de indivizi:

Tipul A se caracterizează prin:

•repeziciune, nerăbdare; I
«combativitate, responsabilitate;
•reuşite;
•"investire" (angajare) profesională;
•perfecţionism; •risc pentru boli cardio-vasculare de 2 ori mai mare.

Tipul B se caracterizează prin robusteţe psihică sau sentimentul eficacităţii personale:

•tentativa de acţiune şi de "coping";
•simţul responsabilităţii;
•supleţe în procesul de adaptare;
•evenimentul resimţit mai mult ca o ruptură decât ca o ameninţare.

Tipul C

•cancere, boli autoimune;
•dependenţe: alcool, tutun, droguri;
•conduite cu risc: automobilul, sporturi;
•bogăţie a imaginaţiei şi visurilor.

Comportamentul în faţa stresului

Cum viaţa cuprinde inevitabil o parte de stres şi cum prea multe stresuri pot fi periculoase pentru sănătate, noi trebuie să învăţăm cum trebuie să ne comportăm în faţa stresului, în aşa fel încât să nu mai **fim** incomodaţi. în plus, să-i învăţăm şi pe alţii, după ce i-am descoperit, cum să lupte împotriva stresului.

"Coping-ul" poate fi definit ca un proces de gestiune sau management a oricărei solicitări externe sau interne considerată de persoană ca fiind obositoare sau excesivă în raport cu resursele sale.

Coping-ul interesează atât factorii legaţi de o anumită situaţie, cât şi factorii personali.

Caracteristicele situaţiei cuprind posibilitatea proporţională de a influenţa factorii de stres, previzibili, ca şi consecinţele anticipate ale evenimentului.

în "combaterea" stresului trebuie luate în consideraţie: modul de a rezolva problemele, facultatea de a exprima sentimentele, controlul intern în raport cu exteriorul, aprecierea auto-eficienţei, forţa sentimentului propriei valori, dar şi credinţa religioasă, ca şi amploarea sensului personal al vieţii.

"Coping-ul vizează 3 componente:

1. Psihologică; această perspectivă examinează (şi influenţează) motivaţia individuală, personalitatea şi efectul (emoţiile), precum şi modul în care aceşti factori au un impact asupra trăirii individului. Factorii psihologici infuenţează percepţia stresului, iar stresul este interpretat având în vedere predispoziţia individuală la diferitele situaţii stresante.

De aici, necesitatea psihologului, în deosebi a psihologului medical, in rezolvarea acestor probleme.

2. Socială; societatea influenţează idealurile, moravurile, etc, elemente care interacţionează cu pregătirea culturală a individului, ceea ce o dâ o interpretare consonantă sau disonantă unui eveniment social, de care individul se "loveşte".

Există posibilitatea ca societatea să constrângă individul şi dacă aceasta îi găseşte cu o pregătire culturală precară să determine cu atât mai uşor conflict şi stres.

Factorii sociali care influenţează stresul diferă de la o situaţie la alta, dar interacţionează împreună cu factorii psihologici, perspectiva rezolvării constând în cunoaşterea individuală a conflictelor psiho-sociale.

3. Fiziologică; perspectiva biologică sau fiziologică se stabileşte prin examinarea interacţiunii între creier/corp şi mediu. în aprofundarea stresului interesează comportamentul hormonilor, neurotransmiţătorilor,

funcţiile creierului şi unele date medicale: tensiunea arterială, boala de inimă (în special coronariană), parametrii imunologici, etc, în corelaţie cu nivelul cortisolemiei, răspunsurile sistemului nervos simpatic, epinefrina sau norepinefrina, etc.

în recuperare este nevoie de suport psihologic şi social pentru conştientizarea cât mai apropiată de adevăr a diferitelor situaţii şi creşterea optimismului. Din punct de vedere medical este nevoie de cunoaşterea tipurilor de personalitate cu risc crescut la stres pentru a preîntâmpina instalarea acestuia, de cunoştiinţe vizând minimalizarea sau ameliorarea până la vindecare a efectelor stresului odată instalat.

Cei care sunt chemaţi să vegheze la sănătatea celorlalţi trebuie să cunoască primii aceste noţiuni, pentru echilibrul lor psiho-socio-fiziologic şi pentru a ştii să ie explice celorlalţi.

Perspectiva saluso-genezică

Noţiunea de saluso-geneză (din latineşte, salus = sănătate, şansă, stare de bine şi din greceşte "genese" = naştere) este în fond un concept al sociologului medical Aaron Antonowsky, respectiv teoria sănătăţii şi bolii. Contrar la patogeneză (modul de producere a bolilor), teoria saluso-genezei încearcă să răspundă la următoarele întrebări: de ce unii indivizi au o bună sănătate cu toată existenţa multitudinilor de factori periculoşi şi ameninţători în domeniul biologicului, biochimisrmului, fizicului, psihologicului, socialului, culturalului şi ecologicului şi de ce pot să compenseze pozitiv tulburările de sănătate ?

După Antonowsky, sănătatea este o interacţiune dinamică între numeroşi factori ameninţători şi individ, fiind un proces instabil, dar activ şi dinamic. Aceasta înseamnă că sănătatea poate şi trebuie întotdeauna reconstruită.

Pentru a rezista la obstacole o persoană dispune de resurse care decid, după Antonowsky, ca aceste obstacole să acţioneze în sensul unor perturbări a stării de bine, respectiv împotriva sănătăţii sau nu.

Resursele de rezistenţă susţin facultatea unui individ de a face faţă unor solicitări date.

în perspectiva saluso-genezică, cercetarea asupra stresului nu se concentrează pe identificarea factorilor care pot declanşa boli legate de stres şi care pot fi deci evitate. Este vorba mai **mult** de a cunoaşte mijloacele de care dispune o persoană sau care sunt resursele care pot fi activate pentru a suporta solicitările şi a rămâne sănătoasă.

Există deci resurse importante ale reglării stresului, care trebuiesc cunoscute, descoperite sau "create", astfel promovându-se sănătatea, fiind posibilă auto-asistenţa şi dezvoltarea forţelor autovindecării.

Este salutabil şi favorabil pe termen lung de a se lua măsuri de promovare a sănătăţii până nu există nici un factor de risc sau de boală.

Aceste măsuri ar trebui să vizeze promovarea sau obţinerea sănătăţii în sensul ameliorării calităţii vieţii prin formarea facultăţii de percepere a proceselor

psihice şi fizice, organizarea competenţei de **"coping"** zilnic şi dezvoltarea personalităţii, printre alteîe.

XIV. Comportamentul alimentar

Omul nu trebuie să cunoască fiziologie pentru a putea supravieţui cu resursele naturale ale mediului său ambiental Dotat cu o „înţelepciune nutriţională" înnăscută, fiinţa umană ingerează în cantitate şi calitate, ceea ce-i permite să-şl echilibreze bilanţurile sale energetice şi specifice.

Alimentarea prin substanţe nutritive reprezintă un comportament al cărui evidentă finalitate biologică este menţinerea homeostaziei. Comportamentul alimentar este un rezultat al unei învăţări şi al unei condiţionări.

Comportamentul alimentar al oamenilor şi animalelor depinde nemijlocit de apariţia senzaţiilor de foame, saţietate şi sete, având o reglare complexă, nervoasă şi umorală, de-a lungul unei evoluţii extrem de elaborate, a controlului metabolic.

Prima etapă a alimentării este în realitate un comportament în urma căruia se caută, se selecţionează şi se ingeră într-un mod activ alimentele, acele substanţe care pot fi surse de energie, de materiale de structură, de elemente indispensabile transformării substanţelor precedente în produse utilizabile. Supravieţuirea prin adaptarea într-un mediu având caracteristici fizice (temperatură, presiune, etc.) şi o compoziţie variabilă, presupune existenţa unor mecanisme necesare asigurării constanţei mediului interior la aceste condiţii variabile.

Comportamentul alimentar este declanşat de sinergia a numeroase semnale: semnalul glucopenic, semnalele senzoriale, etc.

Un rol important în reglare îl au şi „semnalele interne" ale foamei.

Reglarea raţiei alimentare se realizează prin procese complexe integrate în special la nivelul hipotalamusului (nucleii ventromediali şi laterali) şi amigdaia.

Centrul foamei este situat în hipotalamusul dorso-lateral a cărui stimulare electrică declanşează căutarea foamei. Distrugerea sa provoacă afagie. Centrul saţietăţii este situat în hipotalamusul ventromedian, excitarea sa întrerupând actul alimentar, iar deteriorarea sa induce polifagie şi obezitate.

Totuşi este exagerat să concluzionăm că hipotalamusul lateral este sediul centrului foamei iar cel median al centrului saţietăţii. Se pare că există o cale implicată în reglarea aportului de hrană ce porneşte din regiunea termoregîatoare hipotalamică anterioară, trece caudal prin regiunea ventromediană şi ajunge la hipotalamusul lateral Această cale ar fi esenţială în producerea binecunoscutului efect al temperaturii mediului înconjurător şi al corpului asupra consumului de căldură şi hrană.

Alterarea balanţei hormonale de către leziunile hipotaîamice provoacă modificarea comportamentului de hrănire prin afectarea hormonilor steroizi sexuali, a gîucagonului, a insulinei şi a hormonului de creştere. Lezarea hipotalamusului median favorizează eliberarea unei cantităţi mai mari de insulina în timpul alimentării animalelor. Hiperinsulinemia induce răspunsul de hrănire şi conversia substanţelor nutritive în grăsime.

Lezarea hipotalamusului lateral afectează fibrele cu conţinut dopaminergic care leagă locus niger de striat precum şi fibrele dopaminergice care emană din aria trigeminală ventrală şi inervează excesiv cortexul prefrontal şi nucleul accumbens, formaţiuni strâns legate de sistemul limbic. Secţionarea fibrelor dopaminergice parahipotaîamice induce o stare de hipotrezire şi afagie similară celei din leziunile hipotalamice laterale.

în realitate hipotalamusul conţine numeroşi neuroni care răspund la vederea sau gustarea alimentelor reacţionând numai la senzaţia de foame.

Stimularea chimică a hipotalamusului cu diverşi stimulatori produce perturbări specifice ale comportamentului alimentar. Astfel, administrarea norepinefrinei în nucleul paraventricular stimulează intens comportamentul alimentar şi un consum excesiv de carbohidraţi. în schimb galanina, în aceleaşi condiţii, favorizează ingerarea unei cantităţi mari de grăsimi, iar substanţele opiacee accentuează consumul de proteine.

Numeroase date clinice şi experimentale atestă faptul că şi alte zone ale sistemului nervos central sunt implicate în procesul complex de hrănire. Hiperfagia se instalează şi în urma lezării lobilor frontali, a rinencefaluîui şi a mezencefalului care interesează substanţa cenuşie periapeductală sau ariile tegmentală laterală şi ventrală. Rezecţiile temporale anterioare antrenează la maimuţă o hiperoralitate asociată cu elemente ale sindromului Kliiver-Bucy. Rolul amigdalei integrată în aparatul olfactiv se datoreşte conexiunilor strânse cu hipotalamusul, va fi reluat mai jos. Leziunile bilaterale ale amigdalei provoacă hiperfagie, în timp ce stimularea are un efect inhibitor care dispare dacă hipotalamusul este în prealabil distrus.

Reglarea absorbţiei alimentare se organizează pe două categorii de semnale:

- semnale care reglează alimentaţia pe termen scurt;
- semnale care reglează greutatea corporală pe termen lung.

Semnalele pe termen scurt se referă la proprietăţile chimice ale mâncării. Acestea acţionează ia nivelul cavităţii bucale în scopul stimulării comportamentului alimentar, dar şi la nivelul sistemului gastrointestinal şi hepatic având ca efect inhibarea lui. Impulsurile aferente din tractul gastrointestinal activează centrul de saţietate imediat după ingestie. Semnalele de saţietate pe termen scurt ajung în regiunea hipotalamică laterală prin intermediul căilor aferente viscerale.

Semnalele pe termen scurt sunt modulate de semnalele pe termen lung, adică de greutatea corporală (cantitatea de grăsime stocată). Datorită acestora, greutatea corporală poate fi menţinută în limite relativ constante prin dietă, activitate şi prin mecanismele de autoreglare de feed-back care ajustează rata metabolică atunci când organismul se îndepărtează de la punctul său de referinţă. Administrarea unei diete hipocalorice la animal scade rata metabolismului. în astfel de situaţii este nevoie de mai puţină mâncare pentru menţinerea greutăţii corporale. Atunci când organismul este supus în mod repetat pierderii în greutate, rata metabolismului scade pe termen lung. Când greutatea revine la normal,

aceasta poate fi menţinută cu mai puţine calorii decât în mod obişnuit. Desigur mai intervine diferenţa arteriovenoasă a glicemiei care stimulează la rândul său senzaţia de foame, etc.

Nivelul sangvin al acizilor aminaţi, temperatura centrală, supraîncărcarea gastrointestinală antrenează fenomene motorii (masticaţia, deglutiţia), activitatea senzorială gustativă, olfactivă, etc.

Caracteristicile senzoriale ale alimentelor (aspect, gust, miros, textură) se datoresc unor constituenţi care în general nu sunt elemente nutriţional active. Este suficient ca aditivii naturali independenţi de proprietăţile nutriţionale, dar care dau un miros particular acestei substanţe sau al alteia să fie întotdeauna asociaţi. Această asociere specifică şi permanentă, permite discriminarea şi identificarea cămurilor, fructelor şi, de asemeni, a unui tip de carne de alta. Ansamblul acestor sisteme senzoriale localizate în sfera cefalică care intervin în identificarea alimentelor este format din aparatele olfactiv, gustativ dar şi vizual precum şi de organele sensibilităţii mecanice şi termice ale cavităţii bucale şi ale faringelui. Evident că acest analizator senzorial periferic nu poate furniza informaţii chimice sau nutriţionale în sens larg. Aceste informaţii însă vor fi inconştient obţinute după învăţare şi vor fi înscrise în comportament

Căile senzoriale externe şi interne cu proiecţiile lor în sistemul limbic (amigdala rmencefalică) joacă un rol foarte elaborat în integrarea mesajelor i senzoriale şi participă în procesele de învăţare.

Există mai multe relee plecând de la receptor (gustativ, intestinal). Primul releu al căilor senzoriale se face la nivel medular (nucleul fascicolului solitar). De la acest nivel informaţia distensiei gastrice va putea modula informaţia gustului, de exemplu. Al doilea releu se găseşte la nivelul punţii (nucleul parabrahial). Căile de legătură vehiculează informaţii gustative şi viscerale. De la acest nucleu pornesc conexiuni spre amigdala rinencefalică, spre hipotalamusuî lateral, etc. Amigdala este un important releu şi pentru căile vizuale şi pentru cele olfactive. în [plus informaţiile senzoriale brute sau codate prin sistemul limbic, primite prin [hipotalamus sunt recunoscute prin stmcturile subiacente corticale exercitând o (influenţă modulatorie a activităţii sale.

Emoţiile, stresul, mânia pot de asemenea interveni în procesul alimentaţiei. De asemeni, să nu omitem rolul important al sistemelor de recompensă şi de [pedeapsă din hipotalamus în actul alimentaţiei.

în reglarea activităţii de hrănire sunt implicate şi semnalele umorale, plucoreceptorii din hipotaîamus sunt activaţi de nivelul glucozei sanguine. Reglarea glicemică a centrilor hipotalamici ai foamei şi saţietăţii se *bazează,* pe faptul că hipoglicemia excită centrul foamei, iar hiperglicemia îl inhibă. Un rol important în reglarea foamei îl au neuropeptidele cerebrale şi intestinale. [Injectarea sistematică a coiecistokininei intestinale inhibă comportamentul limentar pe calea receptorilor periferici. în schimb injectarea unei cantităţi mici colecistokinină cerebrală sau a altor neuropeptide cum ar fi neurotensina,

calcitonina, glucagonul în cavitatea ventriculară sau în nucleul paraventricular inhibă activitatea alimentară.

Temperaturareglează, de asemenea, aportul de hrană. Prin intermediul centrului hipotalamic termoreglator, temperatura corporală scăzută activează centrul foamei şi îl deprimă pe cel al saţietăţii. Creşterea temperaturii corpului are un efect opus.

Senzaţiile percepute în momentul ingerării alimentelor conferă informaţii calitative (dulce, acid), cantitative (foarte dulce, puţin acid), afective (îmi place mult, mai puţin). Preferinţa pentru dulce este înnăscută. Amarul, acidul, săratul intens sunt aversive într-un mod înnăscut de îndată ce receptorii gustativi specifici sunt funcţionali. Astfel selecţia naturală a favorizat un sistem gustativ susceptibil de a asigura protecţia individului, ajutându-î să-şi menţină homeostazia (dulce: energie; sărat: echilibru osmotic) şi capabili de asemenea să evite otrăvurile, substanţele corozive. Motivaţia hedonică este înnăscută. Totuşi acest mecanism înnăscut nu permite adaptarea la necesităţile fluctuante ale organismului. Pentru îndeplinirea acestei funcţii este necesară o plasticitate a codajului senzorial sau un aspect hedonic. Plecând de la reacţiile înnăscute intervine procesul de învăţare. Caracteristicile senzoriale (aspect, miros, gust, textură) care reprezintă stimulul condiţionat şi care sunt întotdeauna însoţite de efecte postingerare (stimul necondiţionat) dobândesc puterea de a produce un "răspuns condiţionat şi condiţionai". Răspunsul condiţional precoce este deseori o replică anticipată a răspunsului necondiţîonal care poate fi indus şi pe cale reflexă. Astfel, la sfârşitul mesei, senzaţia de sătul resimţită de subiect este o replică anticipată a saţietăţii (a non-foamei) şi ea prezice durata. în situaţiile de condiţionare sunt implicate învăţarea clasică şi învăţarea instrumentală. Subiectul învaţă un comportament de răspuns la apariţia unui stimul în mediu care îl informează asupra disponibilităţii unei recompense, întăritor pozitiv al comportamentului. Un stimul care corespunde unei necesităţi biologice (nevoia de a bea, de a mânca) este un întăritor puternic. Rezultatul acestei întăriri va fi transferul proprietăţii întăritoare la răspunsul necondiţional (satisfacţia necesităţii, informarea senzorială asociată: plăcerea ingerării este anticiparea plăcerii, care va rezulta din repararea necesităţii). Astfel comportamentul este motivat prin alinarea necesităţii şi deci motivarea execuţiei comportamentului depinde de starea de necesitate. Informarea afectivă (valoarea hedonică a alimentului, palatibilitatea sa) este puternic ajustată de proprietăţile nutriţionale ale alimentului care la rândul lor sunt influenţate de necesităţile individului, susceptibile de a evolua cu timpul.

Două module de învăţări distincte se fac simultan:

- în primul modul, stimularea iniţială de a mânca intervine în alegerea alimentului- *preferinţele sunt condiţionate',*
- al doilea modul, în perioada ingerării, stimularea de a mânca alimentul căutat determină cantitatea în funcţie de experienţele anterioare: *saţietatea, lipsa de interes sunt condiţionate,*

Sistemul menţionat este condiţionat printr-o simplă buclă de retrocontrol care se înscrie în faza cefalică a digestiei.

Un rol important îl are şi neofobia, lipsa de încredere înnăscută faţă de un nou aliment. Familiarizarea cu alimentul influenţează neofobia alimentară,

Preferinţele şi aversiunile condiţionate au o conotaţie personală. Caracteristicile condiţionării aversiunilor sunt unice şi fac excepţie de la legile obişnuite ale învăţării. Foamea, prin jocul preferinţelor şi aversiunilor condiţionate va selecţiona alimentele ce trebuie ingerate. Determinismul cantitativ alimentar relevă mai multe mecanisme în care intervin şi caracteristicile senzoriale ale alimentului,

învăţarea contribuie nu numai la alegerea (selecţia) alimentelor, dar şi la fixarea cantitativă a volumului ingerat. Imaginea senzorială periferică se asociază progresiv efectelor de postingerare precoce, care întotdeauna acompaniază şi induc răspunsul de saturare, satisfacere, replică a senzaţiei mai mult sau mai puţin durabilă a saţietăţii, care va fi resimţită după absorbţie.

La om, 20 de minute după ingerarea unui aliment sau după administrarea intragastrică, acest aliment prealabil foarte apreciat, degustat din nou este declarat puţin plăcut. Aceste 20 de minute reprezintă intervalul mediu de apariţie a senzaţiei de saturare şi coincide astfel cu debutul absorbţiei. Stimularea senzorială periferică provocată de aliment este percepută ca mai puţin plăcută, chiar neplăcută de îndată ce deficitul energetic care a provocat ingerarea a fost parţial corectat. Acest rezultat subliniază că o caracteristică importantă a acestui mecanism este că el poate controla ingerarea alimentară, modulând informaţia afectivă dată prin stimularea senzorială. Astfel componenta afectivă alimentară este modificată prin jocul preferinţelor şi aversiunilor condiţionate, prin senzaţia de saturare condiţionată, ea este modulată pe perioada episodului alimentar, totul fiind în funcţie de consecinţele fmale ale ingerării.

Intensitatea răspunsurilor faţă de un aliment necunoscut creşte odată cu preferinţa manifestată, preferinţă care se traduce prin cantitatea consumată. Răspunsurile încetează în caz că subiectul se satură şi reia o altă hrană cunoscută. Există o sinergie între starea metabolică "de foame" şi stimulările senzoriale în iniţierea meselor. Influenţa palatibilităţii şi evoluţia sa pe perioada episodului alimentar este de asemenea importantă. S-a mai stabilit o legătură între aspectul hedonic al ingerării alimentare şi secreţia de opiacee endogene. Ingerarea de lapte sau de ciocolată este **urmată la** nivel hipotalamic de o scădere a beta-endorflnelor la animal. La om s-a constatat o creştere postprandială a beta-endorfmelor plasmatice după consumul unei soluţii zaharate.

Faza cefalică a digestiei şi cea a secreţiei de insulina, în special, ar putea fi agenţii modulării în amplitudine a meselor în funcţie de palatibilitate. S-a stabilit că intensitatea tuturor răspunsurilor cefalice şi mai ales a celor ale insulinei se corelează cu palatibilitatea aparentă a alimentului. Insulina secretată în timpul fazei preabsorbtive ar putea agrava starea metabolică internă, ar putea accentua şi prelungi fenomenul hipoglicemic preprandial.

Condiţionarea şi învăţarea sunt factori care interferează în bruiajul aleatoriu format din produsele "tradiţionale" şi produsele "substitutive". Bruiajul aleatoriu al acestor produse influenţează negativ procesul de învăţare şi ar putea explica pericolele induse de varietatea reînnoită a alimentelor noastre, unul din relele alimentaţiei actuale.

Problema interrelaţiei dintre alimentaţie şi sănătate este una dintre cele mai vechi preocupări din istoria medicine. Herodot arăta că egiptenii considerau că „hrana este sursa tuturor relelor", concepţie regăsită de-a lungul istoriei omenirii, unele reminiscenţe fiind percepute adesea şi în epoca noastră.

Cunoaşterea comportamentului alimentar, condiţionat bio-psiho-social, este influenţat şi de dezvoltarea cunoştinţelor noastre despre alimente, compoziţia acestora, modul lor de preparare, etc. De altiel, legătura principală dintre organism şi mediu se realizează prin aportul permanent şi echilibrat al substanţelor nutritive (proteine, lipide, glucide, vitamine, săruri).

Până acum aproximativ 10 mii de ani omul a trăit din vânătoare şi eventual din legumele, rădăcinoasele şi fructele, care creşteau spontan. în palelolitic alimentaţia era predominant carnată şi destul de săracă în glucide. Surprinzător însă nu s-au găsit semne de insuficienţă alimentară la acest tip de populaţie. In schimb, scheletele oamenilor din societăţile avansate poartă amprenta carenţelor alimentare, semne biologice ale foamei. Odată cu descoperirea cerealelor şi a dezvoltării agriculturii, domesticirii şi creşterii animalelor, în alimentaţie se introduce o cantitate mai mare de glucide sub forma amidonului provenit din produsele agricole.

Secolul al XlX-lea se caracterizează prin prezenţa produselor rafinate şi semirafinate, preparate industrial (zahăr şi produse zaharoase, concentratele alimentare, făinurile de diverse extracţii, etc.) în alimentaţia omului. Consecinţele au fost perturbările grave de nutriţie, atât din punctul de vedere al raportului dintre principiile alimentare, care alcătuiesc meniul, cât şi din cel al necesităţilor calorice. Efectele sunt uşor sesizabile sub forma dezechilibrelor metabolice care din nefericire se regăsesc la originea multor maladii degenerative cronice, caracteristice civilizaţiei actuale.

Teoria autoselecţiei (selfselection), enunţată de Richter, după care organismul ar avea capacitatea de a selecţiona alimentele în stricta dependenţă de necesităţile metabolismului său, hrana ingerată prin liberă alegere fiind la fel de corectă ca cea administrată după legile alimentaţiei raţionale, demonstrată experimental pe animale, dar şi prin constatările antropoculturale efectuate este parţial validă în condiţiile alimentaţiei contemporane. Pe bună dreptate, se subliniază faptul că omul zilelor noastre şi-a pierdut de mult capacitatea de a recunoaşte absenţa specifică a unui aliment nutritiv, aşa cum se întâmpla într-un trecut îndepărtat. Bio-tehnologia alimentară modernă şi produsele sale, rafinate şi suprarafinate, prefabricate, concentrate, produce deficienţe nutriţionale pe care individul aparţinând mileniului 3 nu le mai poate sesiza. Preferinţele sale alimentare - dulce/sărat, picant/gras, etc, nu mai sunt condiţionate de o nevoie

nutriţională anumită, ci de plăcerea de a mânca alimentul respectiv. Astfel, un om va mânca sărat, nu atât pentru că ar avea o insuficienţă cortico-suprarenală pe care simte nevoia să o compenseze, şi va mânca dulce nu pentru combaterea manifestărilor hipoglicemice, fiind vorba în realitate de preferinţe şi obiceiuri alimentare datorită gustului sau tradiţiei.

Mincu şi Boboia (1975) subliniază faptul că mâncăm în raport cu un ecran senzorial (tradiţia, educaţia, obiceiurile având un rol important) pe de o parte superior şi superficial (vederea, mirosul, gustul), pe de altă parte digestiv şi profund (reflexul de saturare). Primele elemente amintite ne fac să ne alegem alimentele şi se găsesc la originea valorii simbolice a alimentului. înainte de a se consuma alimentul, se consumă simbolul său. Astfel, simbolul alimentar, alimentaţia propriu-zisă este dependentă şi de tradiţia şi obiceiurile alimentare (unele deprinse în familie), de anumite interdicţii religioase, culturale, etc, apărând preferinţe alimentare greu de modificat, deşi sunt dăunătoare sănătăţii.

în acest sens, Margaret Meads constata că „este mai uşor să schimbi religia unui popor decât obiceiurile sale alimentare".

Intricările bio-psiho-sociale alimentare sunt relevante şi în transmiterea unui gust neobişnuit pentru dulce, a unei aversiuni pentru amar la oameni, explicaţiile evoluţioniste fiind argumentate de frecvenţa prin care amarul se corelează cu substanţele toxice şi dulcele cu substanţele bogate în calorii. Aceste constatări nu sunt universale, deoarece iutele şi cafeaua sunt exemple ale învăţării culturale şi ale variaţiei gustului individuale în cadrul aceluiaşi grup social. Gusturile şi aversiunile neobişnuite pot fi modificate şi inversate cultural

întradevăr, fiecare ora, familie, societate, epocă istorică are sau a avut tipul său de alimentaţie, existând o relaţie dinamică între individ şi hrana sa, familia sa, poporul său. însuşi Hipocrate afirma că este preferabil un regim corespunzător decât o schimbare bruscă a alimentaţiei. Schimbarea bruscă a obiceiurilor alimentare din unele ţări puternic dezvoltate a provocat adeseori microdezechilibre culturale şi sociale. Educaţia are un rol mult mai important în stabilirea preferinţelor, a ritmurilor alimentare zilnice, a obiceiurilor alimentare. Arhetipurile individuale alimentare sunt influenţate indubitabil şi de arhetipurile colective.

C.Fischler (1994) arată că alimentaţia umană, în analogie cu limbajul, relevă că toţi oamenii mănâncă, dar ei mănâncă după reţete culinare diferite. Bucătăria şi hrana în sine sunt dependente de trei caracteristici, aparent universale ale individului: *gândirea clasificatoare, principiul încorporării, paradoxul omnivorului.*

Un exemplu patognomonic *de gândire clasificatoare* este opoziţia a ceea ce este hrană pentru unii şi ceea ce nu este comestibil pentru alţii. Astfel insectele, câinii şi alte specii animale sunt hrană pentru unele culturi şi nicidecum pentru altele. Termitele consumate la micul dejun au indiscutabil o mare valoare proteică, dar sunt apreciate de o mică parte a populaţiei de pe mapamond. Preparatele din carne de câine sunt considerate delicatese în Polinezia franceză, China şi Coreea,

la fel reptilele, broaştele, melcii pentru alte ţări. Cunoaştem o cascadă de alte clasificări, de reguli şi de norme, în special religioase şi medicale. Astfel, un oarecare aliment are reputaţie într-o anumită ocazie, pentru o anumită funcţie; unele nu pot fi consumate decât de către anumite categorii ale populaţiei (copii sau vârstnici, femei însărcinate sau parturiente), în anumite circumstanţe (anotimpuri, sărbători, cicluri de viaţă, etc.) sau sunt pur şi simplu tabu-uri.

Principiul încorporării, credinţa, transformarea consumatorului de către ceea ce s-a mâncat, sunt descrise în numeroase societăţi de către părinţii antropologiei moderne ai secolului al XlX-lea. Ideea mai persistă şi în societatea noastră, după care carnea roşie ar fi un aliment necesar în muncile fizice. Este puţin probabil ca această carne să confere mai multă forţă fizică acestor muncitori, în tabloul lui Van Gogh, din prima perioadă a creaţiei sale, „Mâncătorii de cartofi", culoarea, veşmintele, casele, sunt dominate de griuri, precum cartofii expuşi în adâncul farfuriei şi al stomacului. *Principiul încorporării* mai implică şi alte consecinţe dintre care una este esenţială, credinţa după care ceea ce se mănâncă sau produsul a ceea ce s-a mâncat, conferă posibilitatea fantasmei sau voinţei de control Se încearcă să se controleze, să se stăpânească, ceea ce este şi ceea ce va fi, de unde şi ideea fundamentală a dieteticii, şi într-o oarecare măsură a religiei, conform căreia controlul şi reglarea alimentaţiei se reflectă indubitabil în aceeaşi măsură pe plan fizic, moral şi chiar spiritual Pentru a fi pur trebuie să mănânci pur, ceea ce este garantat de a te conforma unui rit. Sfinţenia se asociază cu postul, cu restricţia, cu purificarea, cu puritatea interioară. Medicina debutează prin dietă, în Corpusul hipocratic existând maxima „din alimentele tale tu îţi vei face o medicină".

Paradoxul omnivor se exprimă prin satisfacerea a două constrângeri contradictorii. Prima este o contrângere a varietăţii. Trebuie să menţinem minimum de varietăţi în alimentaţie, deoarece nu se pot obţine suficiente nutrimente dintr-o singură sursa alimentară. Omnivorul are nevoia de a-şi inova alimentaţia, pentru a-şi satisface această contrângere, dar şi pentru a beneficia de ceea ce este marea sa forţă (se poate adapta, călători, nefiind dependent de o singură sursă de alimentaţie). Specia umană poate supravieţui cu regimuri destul de diferite, cum sunt eschimoşii pe bază de proteine şi grăsimi sau pe bază exclusiv de cereale ca agricultorii din sud-estul asiatic. A doua constrângere de securitate se referă la fiecare aliment nou ce reprezintă un pericol potenţial, omnivorul putând fi pe de o parte innovator şi conservator, neofil şi neofob. Aceste constrângeri sunt greu de conciliat, existând o contradicţie între cerinţa inovaţiei şi cea a prudenţei, tensiunea rezultată generând o stare de anxietate latentă, expresie consubstanţială a stării de omnivor. Homo Sapiens a găsit mijlocul de a atenua această angoasă, inventând cultura alimentară, bucătăria, acel ansamblu de categorii, de reguli, de norme, care guvernează comportamentele şi opţiunile alimentare. Propria bucătărie ne permite să rezolvăm paradoxul omnivorului, sondarea necunoscutului (o hrană inedită sau necunoscută poate fi explorată aplicându-se regulile bucătăriei domestice). Pe de altă parte şi simultan

se permite variaţia obişnuitului, satisfacerea imperativului varietăţii. Dacă nu se dispune decât de un repertoriu alimentar restrâns se poate atenua monotonia, variind preparatele, Bucătăria portugheză, bazată în cea mai mare parte pe *hacalau* (morun uscat) apelează la un reţetar extrem de bogat. Probabil, că şi bucătarii militari se vor inspira din acest exemplu în prepararea binecunoscutei fasole.

Iată deci că bucătăria trebuie înţeleasă într-un sens mult mai larg decât pur tehnic (tehnică propriu-zisă, ingrediente, reţete), reprezentând un sistem normativ complex, care include structura şi într-o oarecare măsură reglează comportamentele alimentare ale indivizilor. Societăţile moderne se caracterizează prin faptul că sistemele de categorii şi reguli care guvernau alimentaţia în societăţile tradiţionale au intrat în criză.

Societăţile dezvoltate contemporane caracterizate prin exces de informaţie, robotizare şi sedentarism, îşi pun amprenta şi asupra comportamentului alimentar. Apar noi ritmuri, noi modele alimentare, noi produse, etc. Hrana propriu-zisă, revoluţionată prin noile tehnici şi constituienţi alimentari (MDM, produsele artificiale, etc), este încorporată în ritmuri diferite, astfel că societatea noastră devine din ce în ce mai puţin controlată de normele culturale tradiţionale şi de tradiţia religioasă. în plus, datorită noilor procedee industriale în producerea, alegerea, prepararea hranei, nici nu mai ştim exact ceea ce mai ingerăm. La fiecare îmbucătură suntem percutaţi de fantasmele încorporării unei Substanţe cel puţin dubioase, ceea ce reactualizează societatea arhaică şi favorizează neîncrederea faţă de alimente. De asemenea, tot în aceste societăţi, mass-media, igieniştii, dieteticienii, specialiştii în sănătate publică, medicii, ne bombardează cu noi informaţii, astfel încât ne aflăm în faţa unei adevărate cacofonii dietetice, prezentă din SUA până în Egipt. Fluctuaţiile ideologiei dietetice sunt exprimate prin evoluţia recomandărilor guvernamentale americane şi europene, astfel că pentru Comisia McGovern inamicul public numărul 1 era zahărul. La sfârşitul anilor '80, zaharofobia a fost înlocuită de lipofobie (teama de grăsimi). Să ne reamintim şi de evoluţia recomandărilor guvernamentale din ţara noastră până în 1979, când se orchestrau campanii împotriva excesului de pâine, de carne, de zahăr, de grăsimi. Contribuţia specialiştilor în sănătate publică nu poate fi omisă în apariţia acestor situaţii, pe lângă lobby-urile întreprinse. Mijloacele mass-media se complac în prezentarea nocivităţii unor regimuri alimentare şi în recomandarea în acelaşi timp a unor reţete sofisticate cu o mare încărcătură calorică.

Preocupările faţă de cantitatea alimentelor sunt înlocuite de proprietăţile lor calitative. în anii 50 în mediul muncitoresc se considera că o alimentaţie hrănitoare trebuie să conţină carne suficientă. în societăţile agricole se consuma cu preponderenţă grăsimi, clasele mijlocii îşi procurau, în special, mai multe legume şi fructe. Peştele, carnea de pui, brânzeturile, vegetalele, încep să predomine în meniurile alimentare. Preocupările dominante devin deci, calitative, fiind reproduse prin algoritmul „a echilibra şi a raţionaliza". Societăţile dezvoltate avansează ghiduri de alimentaţie cotidiene, aşa numitele piramide alimentare

(SUA, ţările mediteraneene). în SUA se recomandă alimentele din grupa cerealierelor (6 -l 1 porţii), legume verzi (3-5 porţii), fructe (2-4 porţii), carne, pasăre, peşte, ouă, lapte, brânzeturi (2-3 porţii) şi cât mai puţine grăsimi, uleiuri, dulciuri. Piramida alimentară mediteraneeană optează de asemenea, pentru făinoase, fructe, legume, ulei de măsline, lapte, brânzeturi, peşte, carne, pasăre şi numai în ultimul rând sunt prezente ouăle, dulciurile şi carnea roşie (de câteva ori pe lună şi în cantităţi foarte mici). Mişcarea şi consumul moderat de băuturi alcoolice (mai ales vin roşu până la 100 gr/zi) fac parte dintre recomandările zilnice.

Alimentaţia modernă este mai bogată în fibre alimentare, grăsimi monosaturate, macronutrienţii (glucidele, lipidele, proteinele) şi micronutrienţii (vitaminele, mineralele) regăsindu-se în proporţii cât mai echilibrate. în aceste societăţi se instituie comandamentele moralei alimentaţiei exprimată prin verbul „ar trebui". Peştele păstrează pentru unii conotaţiile religioase ale slabului, privarea şi penitenţa, în timp ce pentru alţii reprezintă un substituient puţin atrăgător pentru carne. în schimb, el a devenit un produs prestigios, scump şi chiar intimidant, evidenţiat prin virtuţi sanitare, aliment sănătos şi sfânt în acelaşi timp. La rândul lor, legumele verzi sunt întotdeauna menţionate elogios, ca şi cum ar constitui un element esenţial în alimentaţia ideală. Dar verbul „ar trebui" poate exprima şi induce o rea conştiinţă alimentară, expresia unui sentiment de transgresiune, de neputinţă şi de anxietate. Repercursiunile asupra dispoziţiei afective devin astfel comprehensibile.

Apariţia complexelor alimentare se repercuta pe trei planuri principale, intricate indisolubil:

- raportul sinelui cu propriul corp;
- raportul faţă de cei apropiaţi şi de alţii;
- raportul faţă de lumea înconjurătoare.

în raport cu propriul corp, alimentaţia este trăită ca un conflict, ca o tentaţie, ca o hărţuială. în aceste situaţii echilibrul şi controlul devin problematice. Femeile participă la acest joc apelând la seducţie. Ceea ce se joacă este capacitatea lor de a rezista tentaţiei alimentare, aparenţa lor şi deci înainte de toate, seducţia lor. Hrana a devenit în cadrul moralei secularizate a individualismului contemporan un unic joc al păcatului, dar mai ales un păcat care se comite contra sie însuşi. Dacă femeile, în timp ce vorbesc de alimentaţia lor, ca despre ceva extrem de plăcut (sau de eşecurile lor sentimentale), bărbaţii, mai ales cei în jur de 50 de ani, sunt străbătuţi de o angoasă a morţii (mi-e ruşine că mănânc prea mult, sunt prea gras, am prea mult colesterol). Bărbaţii quatragenari manifestă mai multă inconştienţă faţă de alimentaţie şi îşi exprimă regretul faţă de declinul alimentaţiei tradiţionale, în general, bărbaţii acordă o mai mare importanţă plăcerii mesei propriu-zise, evocând cu tandreţe căldura prânzurilor tradiţonale, a agapelor conviviale. Femeile evocă mai rar aceste aspecte, având mai curând o relaţie tensionată cu un oarecare aliment, cu un oarecare fel, frecvent în afara mesei. Femeile folosesc termenii de elemente, ronţăit unele feluri de mâncare, în timp ce bărbaţii evocă

prânzurile structurate, bogate. Femeile manifestă o angoasă faţă de pierderea controlului sinelui, bărbaţii au o nostalgie faţă de sociabilitatea liniştită, plăcută şi regretă pierderea controlului timpului.

Clasele defavorizate par să prefere hrana grea, grasă şi ieftină (cartoful şi fasolea), în timp ce privilegiaţii selectează, aleg alimentele uşoare, uşor eliminabile (legumele proaspete, salate şi iaurt). Idealul sobrietăţii şi al slăbiciunii a apărut în clasele favorizate, care şi-au putut permite restricţia voluntară devenită un lux suplimentar. Regimurile hipocalorîce şi reţetele dietetice sunt mult mai costisitoare, mult mai greu de realizat decât reţetele tradiţionale. Cu toate acestea, majoritatea femeilor doresc să slăbească şi acest lucru este impus de către modă, de către lanţurile de magazine, mai ales înaintea verii.

Studiul evoluţiei curbelor ponderale pentru femei arată o scădere progresivă a normelor medicale, referitoare la greutatea ideală feminină, în comparaţie cu bărbaţii.

De asemenea, identificarea ca factor de risc pentru sănătate a excedentului ponderal, a sedentarităţii, hiperlipidemiei, a patologiei cardio-vasculare şi al altor boli, au favorizat apariţia culturii pentru slăbire.

Restricţiile alimentare, inclusiv cele de tip anorexie, reprezintă implicit sau explicit, o ruptură, o opoziţie, o revoltă. Tipică este intoleranţa faţă de restricţiile alimentare ale altora, mai ales ale celor apropiaţi, dorinţa de a fi singură, cea mai zveltă, de a fi prima în top. Nu mai este un rit, cât o luptă, mai ales un proces autocentrat care se proiectează asupra subiectului, asupra corpului său. La început, deprivarea este penibilă şi activatoare de imagini, de alimente, de prânzuri, şi devine în timp, mai mult sau mai puţin, un tabiet facil. Foamea se traduce printr-o senzaţie vagă şi dezagreabilă, localizată mai ales în epigastru, ce naşte dorinţa de a ingera alimente. în perioada privaţiunilor alimentare, foamea se accentuează în primele 3-4 zile şi devine dureroasă. Cu timpul dispare prin acumularea corpilor cetonicL Inaniţia totală prelungită conduce ia stări de irascibilitate, confuzive, uneori la canibalism. Rezistenţa maximă la inaniţie, cunoscută în literatură, este de 74 de zile, decesul apărând când scăderea ponderală atinge 40-50% din greutatea corporală. Senzaţia de sete se manifestă prin dorinţa de a bea apă şi se atenuează numai prin ingerarea unor băuturi. însetatul bea toate lichidele întâlnite, indiferent că sunt respingătoare. în lipsa băuturii uscăciunea regiunii buco-faringiene se accentuează, amplificând senzaţia de sete şi favorizând apariţia anxietăţii şi a manifestărilor confuzive. Rezistenţa faţă de privaţiunea totală de apă şi alimente variază în funcţie şi de condiţiile climaterice şi de suprafaţa animalului (invers proporţională cu greutatea corporală). Această privaţiune este percepută ca eliberatoare, ca o condiţie de realizare a unei stări optime a Sinelui care implică o bunăstare fizică şi intelectuală, care permite să atingă un ideal estezic, estetic şi etic. Nu este vorba de a sanctifica corpul, pentru a sacraliza sufletul, cât de a-1 face să dispară acest corp în favoarea sufletului. într-un mod general, cel care posteşte (ca şi alimentaţie, mod de preparare) creează o ruptură cu natura pentru cultură, umanitate, societate şi religie, care închide şi deschide dimensiunea

transcendenţei. Funcţiile represive şi sublimatorii ale moralei şi religiei fac din post şi din abstinenţă mijloace, moduri, căi pentru dominarea instinctelor, controlai Sinelui prin corelarea păcatului cu pofta, devenind unul din cele 7 păcate capitale, al cărui scop este, de asemenea, renunţarea la Sine, sacrificiul, abnegarea în supunerea faţă de ideal, faţă de divinitate.

Polisemia restricţiilor alimentare conferă o distincţie a diferitelor forme de *post,* ca disciplină, ca putere, etc.

Postul ca disciplină este binecunoscut încă din antichitate. Socrate şi Platon posteau în mod obişnuit până la 10 zile pentru a conserva o bună stare fizică şi mentală. Pitagora solicita elevilor săi 40 de zile de post. Forţa reală şi magică a postului ca putere, a fost ilustrată de Ghandi în cadrul doctrinei nonviolenţei.

în Vechiul Testament, regele Davîd a postit 12 zile pentru ca fiul său bolnav să se vindece.

De asemenea, greva foamei reprezintă un mijloc de negociere, de obţinere a unor revendicări sociale, personale, etc.

Postul poate fi interpretat şi prin perceptele *Igienei,* în scopul obţinerii unei sănătăţi cât mai optime. Unul dintre apostolii cei mai cunoscuţi ai acestui curent este HM Shelton, profesor de igienă naturală în SUA.

S-a demonstrat biologic că ascensiunea acuităţii percepţiilor senzitivo-senzoriale şi a excitaţiei psihice în timpul postului pot fi corectate uşor prin ingerarea de zahăr, conferind astfel, ideea îmbunătăţirii spiritului în detrimentul corpului prin regimuri restrictive (pe cheltuielile corpului). Această restricţie produce de asemenea, secreţia de endorfine (de opioide intracerebrale) astfel că, se poate considera anorexia nervoasă ca o toxicomanie endogenă. în religia laică a lui Shelton (1970), reducerea necesităţilor, vidul digestiv şi vidul spiritului permit alimentarea sufletului. Critica civilizaţiei abundenţei asupra consumului, a exceselor alimentare (mai ales a cărnii) duce la concluzia insistentă că se mănâncă prea mult în ţările bogate şi totodată se militează pentru introducerea postului - repaus fiziologic, care permite forţei vitale să reechilibreze ţesuturile alterate şi funcţiile perturbate pentru a se reveni la o sănătate mai bună. Forţa vitală reprezintă de fapt, forţa morală.

în lucrările igieniştilor se face o referire în mod direct sau indirect la doctrina celor patru umori hipocratice, la credinţa de echilibru între componentele de natură diferită, la conceptele chineze de Yin şi Yang, la armonia între calităţile alimentelor, cald-rece, urned-uscat, în obţinerea sănătăţii şi a echilibrului moral.

De asemenea, medicina Ayur-Vedică hindusă, consideră că regenerarea, întinerirea, imortalitatea se realizează prin eliminare, epurare, mai ales a toxinelor, care se acumulează în urma ingerării cărnii. Se utilizează purgaţia prin purificarea orificiilor corpului cu apă sărată, cu un pic de ulei şi parfum, dar şi vărsăturile, cum ar fi spălaturile stomacale, mijloace de-a dreptul seducătoare pentru anorexici.

La fel *vegetarismul,* care recomandă o selecţie restrictivă a alimentelor consumabile, conferă noi posibilităţi în cunoaşterea, elucidarea conduitelor "de

post". Vegetarisrnul comportă credinţele după care s-ar putea constitui contracuituri şi subculturi alimentare prin care să se reprezinte lumea. Astfel, prin aceasta se încearcă obţinerea liniştirii spiritului, a pasiunilor animale, a găsirii fericirii şi a stării de bine. Controlul se instituie de la selecţia grânelor, până la cultivare, la recoltă, la bucătărie, la modul de a mesteca, la riturile luării mesei, la peristaltism intestinal şi eliminarea dejecţiilor. Restaurantele vegetariene nu fac prozelitism, militantism, astfel că numărul lor rămâne redus în contrast cu creşterea numărului de vegetarieni. Numitorul comun, referitor la refuzul cărnii, nu se datoreşte milei faţă de animale, cât presupunerii că ea este toxică pentru organism.

Regimul alimentar vegetarian la copil are numeroase consecinţe metabolice. Aportul energetic mic prin alimentele de origine vegetală impune ingerarea unei cantităţi mai mari de alimente, iar bolul alimentar produce distensia gastrică şi hipertrofia musculaturii.

Vulnerabilitatea metabolică a regimului vegetarian la sugar devine evidentă după vârsta de 6 luni, când rezervele antenatale se epuizează. La copilul mic pot apărea riscurile unei malnutriţii protein-calorice şi al rahitismului. La adolescent, deşi previne obezitatea şi bolile cardiace, favorizează anorexia şi dezordinile alimentare. în schimb, regimul alimentar lacto-ovo-vegetarian la adolescenţi asigură o creştere corespunzătoare, fără perturbări metabolice.

Ritualizarea prin procese extensive de control poate induce la o nouă etică, la noi credinţe, la formarea unor reţele de comunicare, de adevărate subculturi în care predomină neîncrederea şi comportamentul persecutor vis-â-vis de moravurile altora, de discursurile medicale şi nutriţioniste.

La rândul său, Biblia ne oferă o serie de informaţii extrem de interesante despre post. Moise a postit pe muntele Sinai pentru a se întâlni cu Dumnezeu, postul fiind un preambul al comunicării.

Interdicţiile alimentare în Biblie se referă mai ales la carne şi la lapte şi nicidecum la alimente vegetale. Prescripţiile biblice sunt în corelare cu interdicţiile, un exemplu îl reprezintă ingerarea de animale care sunt rumegătoare şi aîe căror copite sunt despicate.

Comportamentele alimentare normale sunt extrem de diverse, dar rău cunoscute în ansamblul lor.

Comportamentele alimentare patologice sunt şi mai puţin investigate şi identificate,

Samuel-Lajeunesse (1994) clasifică comportamentele alimentare patologice în cantitative şi calitative.

Tulburările cantitative au fost descrise primele. în cadrul lor se includ hipoorexiile (anorexia), hiperorexiile (hiperfagia, bulimiile), pica, regurgitările şi mericismuî, comportamentele bulimice, etc.

Tulburările calitative, deşi au suscitat până în prezent un interes mai scăzut, au o arie foarte extinsă şi ridică o serie de probleme metodologice. Aceste

tulburări se referă ia modul de alegere al hranei, prepararea hranei, obiceiurile mesei, ingerarea.

Tabel 14. Tulburări alimentare calitative (după Samuel-Lajeuiiesse, 1994).

Alegerea hranei	Prepararea hranei	Obiceiurile mesei	Ingerarea
Achiziţionarea	Aranjare	Ritmul meselor	Gustări
Valoarea calorică	Fierbere, coacere	Comanda meselor	Mirodenii
Monomorfîe		Poziţia	Culoare
Poîirnorfle		Izolarea	Temperatură
Naturală sau		Restaurant	Miros
			Sonoritate
			Volum
			Băuturi asociate
			Modul de a mesteca

Multiplicitatea tulburărilor comportamentului alimentar, evolutivitatea particulară a fiecărui caz, implicarea între simptomele cantitative şi calitative, pledează pentru un model pluridimensional al acestor tulburări, în care s-ar putea ordona 15 tulburări de comportament alimentar.

V.Gaillac (1994) propune următoarele forme clinice ale tulburărilor comportamentului alimentar:

Anorexia restrictivă pură este o boală extrem de gravă care debutează înainte de 25 de ani, maifestată printr-o distorsiune implacabilă a comportamentului alimentar, teama intensă de a deveni obez, pierderea de greutate mai mult de 25% în cazul absenţei unei patologii organice sau psihiatrice.

Anorexia ca mecanism de control al greutăţii nu are o semnificaţie patologică deosebită. în aceste cazuri se recurge frecvent la: vărsături, hiperactivitate fizică, diuretice, laxative, administrare de amfetamine, hormoni tiroidieni sau anorexigene.

Anorexiile secundare, care survin în cadrul unor afecţiuni organice sau psihice cunoscute, se întâlnesc frecvent şi sunt pasagere.

Bulimia, ca şi mecanism de control prevalent al greutăţii (restricţie, vărsături, hiperactivitate fizică, laxative, substanţe amfetaminice, anorexigene, hormoni tiroidieni), este descrisă ca o suferinţă sindromatică caracterizată prin excese repetate de „hiperfagie" şi o preocupare excesivă pentru controlul greutăţii corporale.

Bulimia, cu sau fără antecedente de anorexie sau de obezitate, se referă ia pacienţii suferinzi de pulsiunî irezistibile şi imperioase de **a** mânca excesiv, având o teamă morbidă de a se îngraşă şi un comportament compensator inadecvat.

Anorexie-hulimie, formă clinică a anorexiei nervoase, constă din asocierea episoadelor anorexice cu cele bulimice.

Bulimiile secundare se manifestă prin excese alimentare similare bulimiilor nervoase în cadrul unor afecţiuni medicale, neurologice (Sindromul Kline-Levine, Kliiver-Bucy, tumori cerebrale, etc), intoxicaţii, etc.

Night-eating syndrome, se exprimă prin anorexie matinală, hiperfagie vesperală, insomnii sau treziri din somn pentru a mânca. Suferinţa este condiţionată, în special, de stresul psihic.

Vărsăturile funcţionale se pot asocia cu tulburările de comportament alimentar sau pot apărea izolat, deseori după o boală psihică. Vărsăturile psihogene pot fi involuntare sau induse voluntar, unele exacerbări părând a fi legate de emoţii, mai ales în bulinul

Pica, defineşte un consum repetat de substanţe non~nutritive (părţi sau ţesuturi, dejecţii, pământ, insecte, pietre).

Regurgitările şi mericismul se încadrează în tulburările alimentare ale primei şi a doua copilării, fiind cu totul excepţional întâlnite la adulţi. Mericismul se caracterizează prin ruminaţia în gură a alimentelor regurgitate şi care sunt ulterior reînghiţîte.

Hiperfagiile alimentare, cu sau fără vărsături, se caracterizează printr-un supraconsum alimentar mai mult sau mai puţin important în timpul mesei, fiind prezente mai ales la bărbaţi, însoţind frecvent obezitatea, indusă de un dezechilibru nutriţional mai vechi, inerent obiceiurilor alimentare sau factorilor iatrogeni (antihistaminice, psihotrope, corticoizi). Hiperfagiile psihogene datorate evenimentelor stresante (doliu, accidente, naşterea), spre deosebire de bulimia nervoasă, survin într-un context precis reactiv.

Excesele alimentare, se traduc prin ingerarea unor mari cantităţi de hrană în anumite perioade de timp. Spre deosebire de bulimie, alimentele sunt în special constituite din dulciuri sau preparate cu un ridicat conţinut caloric, cum ar fi îngheţata sau prăjiturile.

Ronţăitul (ingurgitarea de cantităţi mici de alimente în afara meselor, pe durata întregii zile), ca şi excesele alimentare, nu au o semnificaţie psihopatologică evidentă.

„Foame dureroasă" se manifestă printr-o senzaţie imperioasă de foame, dar comportamentul alimentar rămâne adaptat, cu ingerarea alimentelor preferate.

„Craving" definit prin necesitatea imperioasă de a consuma o substanţă, adesea într-un context disforic asociat cu alternanţe de anxietate şi de plictiseală în timpul zilei.

Fobiile alimentare, fobia deglutiţiei, potomania, sitiofobia, precum şi *tulburările comportamentului alimentar sezonier* sunt incluse de unii autori în cadrul tulburărilor comportamentului alimentar.

XV. Comportamentul sexual

Sexualitatea, ca funcţie fundamentală, este prezentă pe întreg parcursul ciclurilor vieţii. Dezvoltarea sa se îngemănează cu maturarea şi creşterea somatică şi cu dezvoltarea psihologică, fiind condiţionată de îmbinarea armonioasă a patra factori psihosexuali: identitatea sexuală, identitatea de gen, orientarea sexuală şi comportamentul sexual.

Devoltarea sexualităţii

Perioada prenatală

Din cele 23 perechi de cromozomi ai celulei umane, o pereche, cromozomii sexuali, răspund de dezvoltarea sexuală. Sexul genetic al individului se stabileşte în momentul concepţiei, spermatozoidul contribuind cu un cromozom X sau Y, iar ovulul cu un cromozom X, rezultând astfel sexul genetic, feminin (XX) sau masculin (XY), în majoritatea cazurilor. Pot apărea însă aberaţii cromozomiale, cu un cromozom absent sau supranumerar (tabelul 15). De exemplu, dacă apare un cromozom X supranumerar (XXY), rezultă sindromul Klinefelter, cea mai frecventă aberaţie a cromozomilor sexuali, în cadrul căreia dezvoltarea caracterelor sexuale poate fi întârziată din cauza deficitului de testosteron, iar la vârsta de adult devin evidente infertilitatea şi atrofia testiculară. Pattemul genetic XYY este o altă variantă, asociată uneori cu tulburări de conduită de tip impulsiv-agresiv. Absenţa unui cromozom, ca în sindromul Turner (XO), generează un fenotip feminin, cu organe genitale externe feminine, dar ovare absente, hipotrofîe staturală şi amenoree. Femeile cu genotip XXX au probleme de fertilitate»

în cursul primelor şase săptămâni embrionii feminini şi masculini sunt identici. Gonadele, încă nediferenţiate, se vor diferenţia spre ovare sau testiculi. Dacă este prezent cromozomul Y, gonadele se vor diferenţia spre testiculi, sub acţiunea unei substanţe, antigenul H-Y. In absenţa antigenului H-Y, gonadele se vor transforma în ovare.

Dacă gonadele se diferenţiază în testiculi, se produce androgen fetal, testosteron, care favorizează dezvoltarea organelor genitale masculine, epididim, duet deferent şi ejacuaitor, penis, scrot. în absenţa testosteronului apar organele genitale feminine, trompe uterine, uter, vagin, clitoris. Dacă apar androgeni fetali în corpul unui fat cu sex genetic feminin, ca în cazul sindromului adreno-genital, efectul este virilizarea organelor genitale externe. în unele cazuri se produce hipertrofie clitoridiană, în altele se dezvoltă penis şi scrot, din care lipsesc testiculiL Dacă la un fat cu sex genetic masculin lipsesc androgenii fetali sau există un defect la nivelul receptorilor, ca în cazul sindromului lipsei de sensibilitate la androgeni, se dezvoltă organe genitale feminine.

Tabel 15.

Tulburarea	Pattern cromozomial	Caracteristici fiziologice şi comportamentale
Binefelter	47, xxy	Dezvoltare sexuală întârziată prin deficit de testosteron
Turner	45, xo 47, xyy	Deficit statural, amenoree, stare absenţe Ocazional impulsivitate, agresivitate
Sindrom adrenogenital	**46,** xx	Androgeni fetali în exces, masculinizarea organelor genitale externe, aspect masculin al comportamentului
Sindromul lipsei de sensibilitate la androgeni	**46, xy**	Sex genetic masculin, defect al receptorilor de testosteron, organe genitale externe feminine, fenotip feminin

Perioada de sugar şi copilăria

După naştere, dezvoltarea şi diferenţierea sexuală, determinată de factori genetici şi hormonali în perioada intrauterină, devine subiectul influenţelor socio-culturale (Money, Ehrharrdt, 1972). La naştere se stabileşte şi identitatea sexuală, care reprezintă patternul caracteristicilor sexuale biologice, rezultat al tipului de cromozomi (X, Y) prezenţi în celule, a predominanţei hormonale tip estrogeno - progesteronic sau androgenic, rezultând anumite organe genitale interne şi externe, ceea ce determină anunţarea sexului la naştere: fetiţă sau băiat. în majoritatea cazurilor, statutul de sex se atribuie de la naştere; medicul observă organele genitale ale nou-născutului şi anunţă sexul. în cazul ambiguităţii sau a anomaliilor de organe genitale externe, atribuirea statutului de sex poate întârzia. Este importantă consilierea părinţilor pentru a facilita atribuirea sexului nou-născutuîui în cazurile de ambiguitate anatomică.

în primul an de viaţă se va dezvolta ataşamentul faţă de mamă sau de o altă figură de ataşament, care va satisface nevoile sugarului de a fi atins, hrănit, ţinut în braţe. Atingerea iubitoare a altei fiinţe umane este necesară pentru bunăstarea sugarului, iar reminiscenţe ale interacţiunii mamă - sugar(supt, îmbrăţişare, legănare, explorare orală) se observă în aspecte ale comportamentului sexual al adultului. Stadiul oral include nu doar reflexele de supt şi îngiţire, ci şi elementele contactului corporal, ca de exemplu atingerea, îmbrăţişarea (Higham, 1980).

Din primii ani de viaţă se observă diferenţe de comportament între fetiţe şi băieţi. Maccoby şi Jacklin, 1974, trecând în revistă diferenţele dintre sexe, concluzionează că acestea ar consta în patru domenii principale:

- fetele au aptitudini verbale mai dezvoltate;
- băieţii au aptitudini vizual-spaţiale mai dezvoltate;
- băieţii au aptitudini matematice mai dezvoltate;

• băieţii sunt mai agresivi decât fetele.

Autorii subliniază că factorii biologici ar putea fi implicaţi în agresivitate, în timp ce diferenţele legate de celelalte trei domenii ar putea fi rezultatul presiunii sociale.

Conştientizarea propriului sex, ce urmează unui proces mai general de identificare cu părintele de acelaşi sex, precum şi preocuparea de a se conforma cerinţelor legate de acesta, se pot observa încă de la vârsta de 2 ani şi jumătate. Vorbim în acest caz de identitatea de gen, care reprezintă sentimentul individului de a aparţine sexului feminin sau masculin. Cercetătorii sunt de acord că e important să i se asocieze copilului un statut de sex în concordanţă cu fenotipul organelor genitale externe, deoarece identitatea de gen se imprimă copilului în primele 24-36 luni de viaţă, şi o dată stabilită este foarte rezistentă la schimbare, în general, pe la 2-3 ani există la copii convingerea fermă a apartenenţei la unui din sexe, masculin sau feminin, ca rezultat al experienţelor cu familia şi cu cei din jur, care se comportă diferit cu fetiţele şi cu băieţeii, conform normelor sociale şi expectanţelor de rol. Astfel, taţii petrec în general mai mult timp cu fii lor decât cu fiicele lor, jocurile lor sunt diferite: de exemplu, fetiţele sunt mai des mângâiate, sărutate, pe când băieţii sunt mai des aruncaţi în sus, antrenaţi în jocuri active ce presupun mişcarea. De asemenea, există diferenţe în modul de îmbrăcare a fetiţelor şi băieţilor, în cerinţele impuse unora şi altora. Astfel, agresivitatea este mai tolerată în cazul băieţilor decât al fetelor, plânsul este mai acceptat la fete. Tot acest sistem intricat de stimuli, recompense, pedepse, bazate pe stereotipurile culturale şi parentale legate de sex, vor influenţa apariţia unei anumite identităţi de gen.

în perioada de sugar apar răspunsuri genitale, corelaţii somatice ale excitării genitale, cum ar fi erecţiile spontane la băieţi şi lubrefierea vaginală la nou-născute. Aceste răspunsuri fiziologice sunt reflexe înnăscute, spre deosebire de cele învăţate (Kolodny et al, 1979).

Sugarii îşi ating şi explorează organele genitale externe de la 6-12 luni. S-au raportat cazuri de masturbare până la orgasm la sugari şi copii mici, respectiv de stimulare şi explorare reciprocă a organelor genitale la copii mici. Kinsey et al, 1948, au raportat orgasm la sugari de sex masculin, Baknin, 1974, a descris masturbarea până la orgasm la sugari de sex feminin. Conduite afectuoase de tip atingeri, îmbrăţişări, sărut, se observă de la 2 ani. Anumite conduite sexuale se asociază ulterior cu prohibiţia interiorizată, generând sentimentul de vină, uneori patologic.

Până la vârsta de 3 ani se dezvoltă conştiinţa rolului legat de sex. Modelarea şi întărirea acestuia apar în cadrul familiei, find influenţate într-o anumită măsură de factori culturali şi sociali. Tulburările de identitate sexuală pot debuta precoce, în copilărie, fetele părând a avea o susceptibilitate mai mică decât băieţii; de exemplu, raportul băieţi:fete al indivizilor ce apelează la chirurgia transsexuală este de 4:1, iar persoanele de sex masculin sunt mai susceptibile la parafilii (fantezii sexuale, dorinţe şi conduite sexuale care nu se încadrează în norme); de

exemplu, dorinţe sexuale cu obiect non-uman, faţă de copii sau parteneri ce nu consimt, ce suferă sau sunt umiliţi, respectiv vorbim de pedofilie, sadism, fetişism, exhibiţionism.

Interesul sexual este evident la copii. La vârsta de trei ani există conştiinţa diferenţelor la nivelul organelor genitale externe. Până la patru ani apare jocul cu notă sexuală de tipul: 'arată-mi', 'doctorul şi asistenta', etc, interesul legat de modul cum apar bebeluşii, cum ajung înăuntrul mamei, cum se nasc, nevoia de intimitate la baie sau la îmbrăcare-dezbrăcare. în acelaşi timp persistă curiozitatea faţă de propriul corp şi faţă de activităţile intime ale altora,

La cinci ani copiii devin mai rezervaţi în a~şi expune corpul La şase-şapte ani, conştientizarea şi interesul faţă de diferenţele dintre sexe cresc; pot apare expresii de jargon şi glume legate de funcţiile fiziologice excretorih

Pubertatea şi Adolescenţa

Perioada prepubertară a fost etichetată ca o perioadă de latenţă, deoarece s-a crezut că dorinţa sexuală ar fi inhibată. Studiile recente, însă, contrazic acesta idee. Kinsey, 1953, a raportat că jocul sexual cu copii de acelaşi sex sau de sex diferit apare în mod egal, mai mult chiar, numărul fetelor şi al băieţilor ce au experimentat orgasmul creşte treptat în această perioadă.

Pubertatea este o etapă marcată de modificări profunde anatomice şi fiziologice, în cursul căreia se atinge capacitatea de reproducere. La fete apare dezvoltarea sânilor, pubarha, apariţia menstruaţiei (între 11 şi 13 ani), creşterea şi maturarea organelor genitale interne, inclusiv a uterului. La băieţi apare pubarha, dezvoltarea penisului şi a testiculelor, ejacularea, dezvoltarea şi creşterea prostatei şi a veziculelor seminale, poluţiile nocturne.

Atât la fete cât şi la băieţi apare creşterea staturo-ponderală, deşi la băieţi saltul statural este cu doi ani mai târziu decât la fete. Evenimentele biologice din cursul pubertăţii variază ca moment al apariţiei, în funcţie de factori genetici şi de mediu(Tanner, 1975). La fete dezvoltarea sânilor poate începe oricând între 8 şi 13 ani, iar menarha oricând între 10 şi 16 ani şi jumătate. La băieţi, creşterea penisului şi a testiculelor poate începe oricând între 10 ani şi jumătate si 14 ani şi jumătate (Marshall and Tanner, 1969, 1970). în societatea occidentală a scăzut vârsta de debut a pubertăţii în ultimii 150 ani de la 17 la 13 ani (Tanner, 1975), probabil datorită modificărilor obiceiurilor alimentare, condiţiilor sociale şi de sănătate publică (Meyer-Bahlburg, 1980).

Evenimentele fiziologice ale pubertăţii se pot extinde pe parcursul a 3-4 ani la fete şi mai mult la băieţi. Adolescenţa este o perioadă critică de tranziţie de la copilărie la vârsta adultă, ceea ce presupune dezvoltarea identităţii, numeroase conflicte emoţionale şi confuzii de rol (Erickson, 1963).

Deşi adolescenţii devin capabili de procreere, primele cicluri menstruale pot fi anovulatorii, iar primele ejaculări pot să nu conţină spermatozoizi viabili. Atât fetele cât şi băieţii pot prezenta conduite de autostimulare sexuală (masturbare), caracterizate de fantezii organizate, cu scop de atingere a orgasmului şi de testare

a funcţionării sexuale, ceea ce poate deveni sursă de culpabilizare sau ruşine pentru adolescent. Masturbarea până la orgasm apare mai frecvent la băieţi decât la fete. Hunter, 1974, raporta că 63% din băieţii luaţi în studiu, faţă de numai 33% din fete se masturbează până la orgasm înainte de vârsta de 13 ani; de asemenea, a raportat o vârstă a masturbării la adolescenţi mai mică decât cea găsită de Kinsey. Hunt a găsit că 93% din băieţi şi 63% din fete s-au masturbat cel puţin o dată în viaţă. Cu toate că e o practică frecventă, masturbarea generează jenă la mulţi adolescenţi. Jocurile cu conotaţie erotică şi masturbarea reciprocă pot apărea în prepubertate şi pubertate. Aproximativ 10% din băieţi şi 5% din fete au relaţii sexuale cu un partener de acelaşi sex în adolescenţă. Debutul vieţii sexuale are loc la o vârstă din ce în ce mai mică şi din ce în ce mai frecvent în adolescenţă. 17% din băieţi şi 5% din fete au avut cel puţin un contact sexual până la 18 ani (Zelnick, Kantier, Ford. 1981, Nationai Research Council, 1987).

Tot în această perioadă se defineşte şi orientarea sexuală a individului, adică tendinţa răspunsului erotic de tip homosexual, heterosexual sau bisexual, faţă de persoane de acelaşi sex sau de sex diferit, reflectată în indicatori de tipul proporţiei de vise sau fantasme în care apar persoane de sex identic sau diferit, precum şi amploarea răspunsului fiziologic la stimuli erotici asociaţi unui anumit sex.

Deoarece adolescenţa este o etapă a maturării sexuale, pot apărea preocupări legate de schimbările anatomice şi de dezvoltarea instinctului sexual. Problemele cărora trebuie să le tacă faţă adolescentul includ: masturbarea, anatomia organelor genitale, identitatea sexuală, debutul vieţii sexuale înainte sau nu de căsătorie, contracepţia, sarcina, avortul, bolile cu transmitere sexuală, iar rezolvarea lor cu succes implică prezenţa unor adulţi conştienţi, afectuoşi, suportivi, dispuşi să asculte şi să consilieze adolescentul. Rolul medicului este extrem de important, deoarece adolescentul i se poate adresa pentru ajutor; este importantă lipsa de prejudecăţi, însă dacă medicul, din considerente etice, simte că are prejudecăţi referitoare la vreuna din aceste chestiuni (avort, contracepţie, etc), trebuie să îndrume adolescentul la alţi colegi.

Perioada de adult

La vârsta adultă indivizii trebuie să facă faţă multiplelor opţiuni în toate aspectele vieţii, inclusiv căsătoria, creşterea copiilor, stilul de viaţă. Conflicte şi probleme de natură sexuală sunt adesea generate de presiunea conformismului la normele sociale şi sexuale ale grupului. Unele persoane pot avea probleme în relaţia de cuplu, cauzate de infertilitate, sarcină, apariţia copiilor, monotonia, sentimentul că partenerul nu~l apreciază suficient, preocupările pentru carieră, prezenţa unor boli, excesele alimentare şi abuzul de alcool; toate se pot constitui ca şi factori de stres ce vor interfera cu activitatea sexuală. Esenţială este comunicarea, căci lipsa ei poate conduce la stereotipii în comportamentul sexual, plictiseală şi insatisfacţii.

La vârsta a Ii-a, începe adaptarea la procesul de îmbătrânire. Pentru unii. aceasta constituie o eliberare (copiii pleacă de acasă, creşte timpul consacrat recreerii), alţii trăiesc, însă, sentimente de anxietate şi disperare. Interesul şi activitatea sexuală persistă, dar diminua cu vârsta, mai ales între 46-55 ani, în funcţie şi de niveleie anterioare de sex (bărbaţii raportează interes şi activitate sexuală mai mari decât femeile).

La femei apare menopauza, ca rezultat al scăderii nivelelor de hormoni sexuali (consecutiv îmbătrânirii ovarelor). Vârsta de instalare a menopauzei variază între 37 şi 60 ani. Scăderea estrogenilor şi a progesteronului determină subţierea mucoasei vaginale, reducerea lubrefierii vaginale, cu discomfort în cursul actului sexual, micşorarea îabiilor, clitorisului, uterului şi a trompelor. Dacă nu există contraindicaţii se poate utiliza tratamentul substitutiv cu estrogeni. Faza de orgasm se scurtează, contracţiile uterine pot deveni spastice şi dureroase, faza de rezoluţie devine mai rapidă.

Contrar convingerilor încetăţenite, nu există dovezi care să demonstreze o creştere a morbidităţii psihiatrice la menopauză (depresie), deşi pot apare bufeuri de căldură, perioade de labilitate afectivă, hiperemia feţei, din cauza fluctuaţiei nivelului de estrogeni.

La bărbaţi, schimbările endocrine şi ale funcţiei de reproducere sunt mai treptate şi debutează mai târziu decât la femei. Nivelele de androgeni se menţin relativ constante după pubertate şi încep să scadă după 40 ani la 55-60% din valoarea iniţială, iar la 65 ani cam la 30% (Silny, 1980). Modificările fiziologice includ întârziere în instalarea erecţiei şi scăderea intensităţii acesteia, scăderea intensităţii ejaculării şi a volumului de ejaculat, rezoluţie mai rapidă a erecţiei, creşterea perioadei refractare, scăderea dorinţei de a ejacula (deşi controlul ejaculării e mai bun), rărirea erecţiilor matinale şi nocturne (Silny, 1980).

Vârsta III-a

Capacitatea de a trăi plăcerea sexuală, nevoia de iubire şi intimitate sunt prezente la toate vârstele. Persoanele sănătoase şi cu parteneri sexuali disponibili şi cooperanţi pot avea o viaţă sexuală activă până la 90 ani, chiar mai mult. O prejudecată frecventă este aceea că vârstnicii nu mai sunt interesaţi de sex, că sunt inactivi sexual de aceea nefiind necesar să le punem întrebări legate de viaţa sexuală. De fapt, sexualitatea continuă să fie importantă, deşi dorinţa pentru act şi funcţiile sexuale pot diminua, Atingerile[5] mângâierile, intimitatea afectivă sunt importante pentru bunăstarea vârstnicului, deşi frecvenţa raporturilor sexuale şi masturbarea diminua.

Influenţe culturale, psihologice ale expresiei sexualităţii

Factorii socio-cultmali

Obiceiurile, tradiţiile, atitudinile familiei şi societăţii influenţează sexualitatea. Cultura influenţează noţiunea de obiect sexual, scopul sexualităţii (procreere, plăcere), rolul femeii şi al bărbatului, nivelul de acceptare a sexului

premarital, alegerile referitoare la poziţii, preludiu, durata şi comunicarea în actul sexual.

Familia poate reflecta valorile sexuale ale societăţii sau poate fi în conflict cu acestea. Părinţii ce s-au mutat dintr-un mediu cultural în altul, sau care au valori culturale diferite, pot avea sentimente opuse asupra expresiei sexualităţii copiilor lor.

Statutul socio-economic scăzut implică un mare grad de segregare a rolurilor în cuplu, ceea ce duce la o exprimare a sexualităţii mai rară şi mai puţin satislacătoare, în raport cu familiile cu nivel socio-economic mediu, în care rolurile soţilor sunt organizate de comun acord şi complementar.

Convingerile religioase diferă, de la abordarea sexualităţii ca element al relaţiilor interumane, la conceperea sexualităţii doar prin prisma procreerii, în care plăcerea sexuală în absenţa scopului reproductiv este considerată ca sursă a răului. Pregătirea religioasă din primii ani de viaţă poate influenţa comportamentul sexual la vârsta adultă, chiar dacă între timp convingerile religioase se schimbă.

Factori psihologici

Experienţele privind intimitatea, sexualitatea, încrederea, culpabilitatea la vârstele fragede influenţează individul în atitudinile sale conştiente şi inconştiente. Traumele de natură sexuală (în familie sau în afara ei) din copilărie, generează anxietate şi culpabilitate, ulterior, stângăcie în exprimarea sexualităţii, datorată lipsei de informaţii şi experienţă, descărcări impulsive sau, dimpotrivă, un comportament hipersexualizat, nondiscriminativ.

De asemenea, trebuie ţinut cont de prezenţa în antecedentele individului a unor evenimente traumatice de tip traumatisme cu lezarea maduvei spinării, a unor intervenţii chirurgicale tip mastectomie, histerectomie, enterostomă, a unor boli cu transmisie sexuală sau a unui tratament biologic ce poate afecta comportamentul sexual. în toate aceste cazuri intervenţia cât mai precoce cu metode psihoterapeutice poate ameliora, chiar vindeca, tulburările secundare ale comportamentului sexual

De altfel, comportamentul sexual presupune existenţa unui instinct sexual, înnăscut, pe care se dezvoltă apoi, întreaga viaţă, partea învăţată şi mult mai complexă a acestui comportament. învăţarea comportamentului sexual începe din copilărie, şi provine din trei surse principale; manipularea sugarului şi copilului mic de către părinţi şi familie, **auto-stimularea** genitală, ca sursă de plăcere, şi observarea interacţiilor parentale. Atingerea fizică într-un climat de securitate emoţională în copilărie, va determina dezvoltarea ulterioare de către copil a unor sentimente pozitive faţă de propriul corp, baza unei bune stime de sine sexuale.

în adolescenţă, învăţarea comportamentului sexual continuă prin utilizarea masturbării însoţită de fantasme sexuale. Băieţii răspund mai ales la stimuli vizuali, de tip nuditate feminină sau scene ale actului sexual, pe când fetele sunt mai receptive la scene romantice, în care bărbaţii îşi demonstrează pasiunea şă angajarea afectivă faţă de ele. O altă sursă importantă de învăţare în adolescenţă o

reprezintă primele mângâieri şi sărutări cu parteneri de acelaşi sex sau de sex diferit, fără a putea vorbi încă de o orientare definitivă homo, hetero sau bisexuală şi mai ales primele experienţe legate de actul coital. Acestea vor fi marcate la început de teama pentru băieţi a unei slabe performanţe, care pot interfera cu orgoliul masculin foarte vulnerabil la această vârstă, iar pentru fete de teama unei eventuale sarcini şi de semnificaţia pierderii virginităţii.

Remanieri ale comportamentului sexual apar şi în perioada de adult, când se presupune că s-a format deja o legătură stabilă emoţional şi sexual, eventual în cadrul unei relaţii de dragoste în cuplu stabil. S-a observat că frecvenţa interacţiunilor sexuale este mai crescută în cuplurile căsătorite, însă masturbarea rămâne una dîn modalităţile de descărcare a energiei sexuale în condiţiile lipsei unui partener stabil, din diferite cauze.

Comportamentul sexual se va ajusta pe parcursul anilor, în funcţie de interese, priorităţi, capacităţi biologice restante valide şi nivel anterior sexual

Comportamentul sexual este un atribut al fiinţei umane, bogat în semnificaţii personale şi sociale şi care se dezvoltă şi se modifică pe tot parcursul vieţii.

XVI Medicul şi calitatea vieţii

De mai mulţi ani, tradiţionalii indicatori de morbiditate şi de mortalitate au complementar noi instrumente de apreciere a stării de sănătate. Una din aplicaţiile acestor "măsurători" noi ale sănătăţii este evaluarea de către pacienţi însăşi a stării lor de sănătate.

Acest tip de evaluare se bazează în general pe chestionare. Metodologia întocmirii şi analizei acestor chestionare este stabilită şi recunoscută de o comunitate ştiinţifică.

în acest cadru, calitatea vieţii face parte, azi, din criteriile de evaluare a sănătăţii, fie că se apreciază consecinţele patologiei fie că se compară impactul strategiilor alternative sau se evaluează efectele politicii de sănătate.

Noţiunea de calitate a vieţii are drept obiectiv posibilitatea de a lua mai mult şi mai bine în consideraţie perceperea de către pacient a propriei sale stări de sănătate utilizând instrumente de măsură specifice.

Această noţiune se bazează mult pe definiţia OMS care, nu mai consideră sănătatea doar ca absenţa bolii, ci ca o "stare de a fi bine fizic, psihologic şi social".

Cu toate acestea, calitatea vieţii aplicată la sănătate sau "Health Related Quality of Life" al angîo-saxonilor nu ţine seama de toate dimensiunile calităţii vieţii (în general), ci doar de cele care pot fi modificate de boală sau de tratamentul acesteia.

A ameliora calitatea vieţii unui pacient constă în a reduce repercursiunile funcţionale negative (asupra activităţii fizice, stării psihologice, relaţiilor sociale) date de boala sa şi de tratamentele aplicate.

Cercetarea în materie de calitate a vieţii este totdeauna orientată spre o aplicare practică, în beneficiul pacientului. Este vorba de a aduna date fiabile care permit a judeca pertinenţa intervenţiilor determinate. Aceste informaţii trebuie să fie validate şi reproductibile. Studiile calităţii vieţii îşi găsesc un interes major în patologiile care necesită un "arbitraj" între inconvenientele bolii însăşi şi inconvenientele legate de tratamente (cancer, hipertensiune arterială).

Interesul pe care clinicienii şi cercetătorii îl poartă măsurătorilor calităţii vieţii legată de sănătate, se explică prin necesitatea de a ţine seama de percepţiile şi preferinţele pacienţilor, în materie de decizii de sănătate.

Chiar dacă medicii sunt cei care induc sănătate, pacienţii sunt cei care-şi aleg medicul, urmând, respectând prescripţiile şi recomandările acestuia, consultul fiind cerut pentru aflarea realităţii situaţiei lor clinice. Perceperea propriei lor vulnerabilităţi, modul în care percep boala, mijloacele terapeutice aplicate influenţează la modul major calitatea vieţii pacienţilor. Există uneori diferenţe importante între dorinţele exprimate de către pacienţi şi evaluările efectuate de

către medici. Percepţiile pacienţilor au de asemenea o influenţă majoră asupra respectării prescripţiilor.

în timp ce medicii sunt înainte de toate atenţi la semnele clinice şi la simptomele cantitative şi evaluabile, simţirea pacienţilor şi capacitatea de a-şi satisface necesităţile şi dorinţele lor rămân adeseori inaccesibile prin lipsa mijloacelor de evaluare adaptate.

Calitatea vieţii legată de sănătate prezintă un caracter multidimensional.

Identificarea acestor dimensiuni este foarte importantă. Măsurătorile sunt obţinute pornind de la analiza răspunsurilor subiecţilor la un chestionar standardizat.

Elaborarea unui instrument de măsurare a calităţii vieţii legată de o patologie specifică este o muncă de cercetare pretinzând o metodologie riguroasă.

în mod clasic, există trei mari familii de "instrumente" care permit evaluarea calităţii vieţii:

• instrumentele care măsoară utilitatea;
• instrumentele de "măsurare" a calităţii vieţii în general (generice);
• instrumentele specifice de "măsurare" a calităţii vieţii.

Instrumentele de "măsurare" a calităţii vieţii, la modul specific, în cadrul unei patologii, furnizează date proprii pentru o anumită boală. Comparaţiile cu alţi pacienţi care suferă de alte boli nu sunt posibile, pentru că instrumentele de "măsurare" a calităţii vieţii, la modul specific, vizează o populaţie ţintă de pacienţi care suferă de o anumită patologie (precisă).

Indiferent de "scara" la care ne referim, calitatea vieţii pacienţilor este "măsurată" cu ajutorul unui chestionar care poate fi conceput în funcţie de obiective, fie pentru o auto-evaluare, fie cu ajutorul unei a treia persoane: medic, asistentă, rudă apropiată...

Fiecare chestionar explorează, în general, datorită unei liste de întrebări selecţionate, un număr limitat de domenii constitutive ale unui model de calitate a vieţii în populaţia studiată.

în timpul punerii la punct a unui chestionar, alegerea tipului de chestionar, a domeniilor de studiat şi a întrebărilor pentru fiecare domeniu, ca şi numărul de întrebări vor depinde de obiectivele chestionarului. Elaborarea unui chestionar este deci un bun drum de cercetare (!), azi bine codificat şi care necesită competenţe pluridisciplinare (experţi ciinicieni, metodologi, specialişti în sănătate publică, epidemiologi...).

Pentru a realiza un chestionar bun trebuie de asemenea:

•0 dublă expertiză, efectuată de exemplu de clinicieni experţi într-o anumită
boală şi specialişti de apreciere (măsurare) a calităţii vieţii;

• Ajutorul pacienţilor în toate stadiile de elaborare a chestionarului: pentru a fi martori pentru testare, validare, răspunsuri;

•Timp care reprezintă aproximativ doi ani de muncă continuă.

Ce este un instrument de măsură a calităţii vieţii ?

•0 definiţie clară a populaţiei ţintă şi a obiectivelor;

•Un chestionar, a căror întrebări şi modalităţi de răspuns sunt bine întocmite, atât în ceea ce priveşte formularea şi numărul lor, cât şi ordonarea lor;
•Condiţii explicite de administrare (perioada de timp de evaluare, data şi locul administrării, posibilitatea de administrare de o a treia persoană, etc);
•O descriere a unui profil şi/sau al unui "Index Global al calităţii vieţii";
•Reguli de alcătuire a scorurilor, pornind de la diferitele întrebări;
•Proprietăţi psihometrice (acceptabilitate, validitate, fiabilitate) documentate pe populaţia ţintă;
•O disponibilitate internaţională documentată;
•Date de referinţă în populaţia ţintă;
•Publicaţii ştiinţifice care să prezinte obiectivele, metodologia urmată pentru "dezvoltarea" chestionarului, rezultatele diferitelor etape ale "construcţiei" şi validării, regulile de calcul ale măsurilor, datele de referinţă (bibliografia);
•Condiţiile de utilizare oficială ("copyright" sau domeniul public);
•Un manual de utilizare şi interpretare.

Calitatea vieţii are o relaţie foarte strânsă cu noţiunea de promovare a sănătăţii. De altfel, scopul principal al promovării sănătăţii este de a ameliora starea de sănătate şi prin aceasta de a ameliora calitatea vieţii.

Ca definiţie generală, calitatea vieţii este o categorie sociologică folosită în economia politică, în politica socială şi medicală, îndeosebi pentru a oferi o prognoză socială.

Termenul a fost introdus de A. Schlesinger JR, şi K. Galbraith. Politologul francez Jouvenel defineşte calitatea vieţii ca "totalitatea posibilităţilor oferite individului de către societate pentru a-şi organiza existenţa după trebuinţele, cerinţele şi dorinţele sale proprii".

Conţinutul calităţii vieţii se determină cu ajutorul unui sistem de indicatori sociali. Aceştia sunt de regulă, date statistice analizate, ce caracterizează un sistem social cu performanţele sale, dar şi cu "deficitele sociale".

Indicatorii sociali obiectivi pot fi grupate în funcţie de criterii, ce caracterizează:

•calitatea vieţii materiale: habitat, buget, venituri, valorificarea resurselor, aprovizionare, etc.
•calitatea vieţii biologice: sănătate, asistenţă sanitară, asigurarea sănătăţii, calitatea mediului înconjurător, etc.
•calitatea vieţii spirituale: educaţie, nivel de cunoştinţe, accesul la educaţie, nivel cultural, modul de aplicare a cunoştinţelor, etc.
•calitatea vieţii individuale, psiho-sociale: gradul de valorificare socială a aptitudinilor şi capacităţilor individuale.
•Calitatea vieţii familiale: gradul de participare a familiei la viaţa socială şi culturală, moralitate, responsabilitate, etc.

Indicatorii sociali subiectivi se referă la felul în care membrii societăţii percep calitatea vieţii în funcţie de poziţia lor socială, gradul de cultură şi instruire.

Este deci indispensabil de a înţelege cât mai clar noţiunea de calitate a vieţii şi să ne propunem, în sens de obligaţie, a răspunde la următoarele întrebări:

- Ce se înţelege prin calitatea vieţii ?
- Cum este posibil de a ameliora calitatea vieţii ?
- Care este rolul pe care-1 joacă sănătatea pentru calitatea vieţii ?
- Care sunt măsurile de promovare a sănătăţii care participă la ameliorarea calităţii vieţii ?
- Cum se poate evalua ameliorarea calităţii vieţii ?
- Care este rolul pe care Promovarea Sănătăţii într-o ţară anume (pe noi ne interesează, firește, în primul rând, România) îl joacă în acest domeniu ?

La aceste întrebări răspunde în primul rând Sănătatea Publică, dar fiecare viitor medic sau medic practician trebuie să-şi însuşească conceptual următorul punct de vedere:

Calitatea vieţii evoluează în funcţie de interrelaţiile care există între percepţiile subiective, condiţiile de viaţă şi datele care nu pot fi modificate, cum ar fi de exemplu sexul şi vârsta.

Din cadrul condiţiilor de viaţă fac parte:

•factorii legaţi de mediu; •condiţiile politice;
•contextul social; •existenţa ofertelor;
•infrastructura.

Condiţiile de viaţă (de mediu, sociale) sunt cele care au o importanţă primordială pentru ca o populaţie să poată trăi o viaţă satisfăcătoare.

Mai mulţi dintre factorii enumeraţi sunt de asemenea determinanţi şi pentru sănătate şi ei pot fi modificaţi sau transformaţi.

Percepţiile subiective pot să fie influenţate de către stat sau atitudinea noastră personală, de către apartenenţa şi angajarea noastră socială şi de către orientările viitoare, de propunerile noastre de dezvoltare pentru viitor !

Este posibil, practic, ca toate nivelele şi organismele implicate în viaţa cotidiană, începând de la politică şi proiectele sociale, să dorească şi să se angajajeze în ameliorarea calităţii vieţii.

Intr-o ţară care se respectă, promovarea stării de sănătate este încurajată în primul rând de *un* concept politic umanist şi realist faţă de noţiunea de sănătate şi calitatea vieţii, capabil să angajeze participarea întregii populaţii, în colaborare cu:

•autorităţile politice;
•serviciile administrative;
•organizaţiile guvernamentale şi non-guvernamentale;
•serviciile de sănătate pubîică, etc.

însuşit conceptul de ameliorare a sănătăţii şi a calităţii vieţii, este foarte important ca pe parcurs să fie analizate la modul real toate experienţele realizate ("din mers" î), pentru a şti dacă această acţiune are sau nu succes, pentru a se putea interveni asupra verigilor care "nu mişcă".

Există mai mulţi indicatori ai calităţii vieţii care ar putea fi folosiţi judicios şi care în timp ar putea ti dezvoltaţi, la modul ideal în următoarele domenii:

1) Situaţie financiară;
2) Date privind populaţia;
3) Situaţia angajaţilor în muncă (şomajul!);
4) Condiţii de locuit (trăit);
5) Stare de bine ("Bien-etre");
6) Sănătate;
7) Aspecte privind asigurările;
8) Participare;
9) Factori legaţi de mediu;
10) Structuri sociale.

Subliniem faptul că, în fiecare din aceste 10 domenii, există date subiective şi obiective, de care trebuie să se ţină seama.

De fapt, în plus de aceşti indicatori, unele referinţe pentru o apreciere subiectivă (percepţie) sunt de asemenea, necesare.

Fuziunea celor două dimensiuni:

•percepţia subiectivă

şi

•condiţiile structurale/condiţiile de viaţă, reprezintă o importantă dificultate, dar care descifrată arată adevărul şi mai ales lipsurile.

Preocuparea în promovarea sănătăţii ar trebui să fie astfel încât conceptul, planificarea şi derularea intervenţiilor, precum şi evaluarea lor să fie coerente, iar reprezentanţii politici în problemă şi instituţiile implicate (interesate) să-şi aducă aportul la ansamblul care semnifică calitatea vieţii.

Este evident că acest domeniu esenţial care este promovarea sănătăţii şi calităţii vieţii, este un element foarte important pentru toţi "actorii" care lucrează în acest sector.

în concluzia acestei părţi reamintim şi precizăm că evoluţia calităţii vieţii este în funcţie de interrelaţiile dintre condiţiile de viaţă şi percepţii.

- Relevarea precisă a percepţiilor şi a celor mai importante condiţii de viaţă este a condiţie pentru toată intervenţia care vizează ameliorarea calităţii vieţii.
- Indicatorii trebuie să ajute la definirea necesităţilor în acest domeniu, evaluarea intervenţiilor şi iniţierea altor măsuri de ameliorare.
- Promovarea sănătăţii poate să aducă mult în acest domeniu, profitul fiind în dublu sens, pentru că creşterea calităţii vieţii pretinde, dar şi ridică nivelul stării de sănătate a populaţiei.
- Toţi specialiştii şi toate instituţiile medicale trebuie să folosească aceste posibilităţi.

XVII.Lucrul în echipă: medic, asistent, preot, psiholog, psihiatru, asistent social, pacient

Pacientul

în ierarhia valorilor umane, sănătatea este pusă, aproape în unanimitate, pe primul loc. Pierderea temporară sau definitivă a stării de sănătate transformă persoana în pacient care se adresează medicului. în zilele noastre, pacientul este perceput, nu ca un "caz clinic", ci ca o persoană care are o problemă de sănătate ce generează, pe lângă suferinţa fizică, mai mult sau mai puţin serioasă, probleme psihologice şi perturbarea rolului social (activitatea profesională, mobilitatea, relaţiile familiale şi sociale). Pacientul se află în centrul asistenţei medicale, fiind încurajat să participe activ la deciziile privind diagnosticul şi tratamentul său. Respectarea demnităţii umane permite pacientului să-şi aleagă medicul şi să consimtă asupra tratamentului său. Societatea aşteaptă de la pacient, spre binele său, un comportament adecvat care constă în urmarea indicaţiilor medicale de investigaţii şi tratament.

Adresabilitatea pacientului este o determinantă esenţială a succesului terapeutic, dependentă de structura psihică a persoanei, dar şi de factori socio-economîci. Medicul curant este cel care preia problema pacientului căruia îi devine sfătuitor cu privire la deciziile ulterioare.

Corn plianta este a doua premiză esenţială, ce constă în acceptarea şi respectarea indicaţiilor medicale de către pacient.

Medicii şi relaţiile dintre ei

Oricât de bine pregătit profesional ar fi, nici un medic nu poate să deţină toate cunoştinţele şi să stăpânească toate mijloacele tehnice necesare diagnosticului şi tratamentului unui pacient.

Această problemă este rezolvată prin specializarea medicilor, care devine tot mai înaltă. Medicul specialist are dexteritatea necesară aplicării, în condiţii optime, a mijloacelor terapeutice specifice şi posibilitatea însuşirii informaţiilor la zi privind progresele în domeniul limitat de care se ocupă. De obicei, el devine medicul curant al pacientului respectiv, asumându~şi responsabilitatea diagnosticului şi tratamentului bolii. Este posibil însă ca pacientul să fie îndrumat la alt specialist sau să urmeze tratamentul sub îndrumarea medicului de familie.

Medicul de familie are un statut aparte. El este pregătit să acorde asistenţă primară, fiind deci sfătuitorul cel mai apropiat al unei persoane în orice problemă de sănătate, de la cele mai mărunte, până la deciziile cele mai importante. El cunoaşte cel mai bine particularităţile biologice ale pacientului său, dar şi problemele lui psiho-sociale. Fiecare persoană are dreptul legal de a-şi alege medicul de familie, fapt ce favorizează din start bunele relaţii de încredere medic-pacient. în situaţii deosebite, medicul de familie îndrumă pacientul spre

specialistul potrivit, fie pentru un consult de specialitate (diagnostic şi eventual recomandări de tratament), fie pentru tratament de specialitate. Datorită izolării geografice, medicii din mediul rural desfăşoară o muncă mai complexă, rezolvînd variatele urgenţe şi asistând bolnavii cronici din teritoriu. în mediul urban, medicii de familie apelează mult mai frecvent la ajutorul specialiştilor, motiv pentru care sunt expuşi riscului de a se transforma în "dispeceri". în trecut, aproape toţi medicii tineri erau obligaţi să facă un stagiu de trei ani în mediul rural, desăvârşindu-şi astfel pregătirea din timpul facultăţii. Această practică a fost considerată recent non-etică şi a fost abandonată. în prezent, majoritatea absolvenţilor intră direct în pregătirea de specialitate, fiind astfel frustaţi de cunoaşterea directă a unor probleme de bază ale pacienţilor, precum şi de experienţa în aîte specialităţi medicale.

Cooperarea interdisc.iplinară este rezultatul firesc al specializării. Ea creşte calitatea actului medical dar are dezavantajul dezumanizării medicinei şi expunerii la riscul diluării resposabilităţii medicale. Regulile deontologiei medicale obligă medicii la reprimarea propriilor orgolii şi subordonarea la interesele pacientului, materializată prin recunoaşterea rolului de coordonator al medicului curant.

Colaborând cu clinicienii, medicii de laborator, anatomo-patologii sau specialiştii în imagistică, contribuie esenţial la succesul asistenţei medicale, principalele lor calităţi fiind solicitudinea, competenţa, şi corectitudinea. Cu acestea, ei câştigă respectul colegilor medici care trebuie să compenseze "anonimatul" din relaţia efemeră cu bolnavii. Comunicarea dintre medicii de diferite specialităţi se face, în majoritatea cazurilor, prin corespondenţă, contactul direct fiind rezervat problemelor speciale sau manifestărilor cu caracter ştiinţific.

Uneori, asistenţa medicală impune o cooperare mult mai apropiată dintre specialităţi, noţiunea de echipă devenind concretă. Este cazul chirurgului şi anestezistului, a căror activitate este complementară. Datorită aparenţelor dar şi prin tradiţie, pacientul consideră că viaţa sa este în mâna chirurgului, căruia îi acordă toată încrederea şi recunoştinţa, fapt ce poate genera sentimente de frustrare din partea anestezistului. Această situaţie nu se va schimba, fapt ce trebuie luat în calcul încă de la alegerea specialităţii viitoare de către tinerii medici.

Terapia mulţi modală este un principiu modern aplicat în oncologie, constând în aplicarea succesivă unui pacient a mai multor metode terapeutice: chimioterapie, radioterapie şi chirurgie. Oncologul chimioterapeut, radioterapeutuî şi chirurgul formează o comisie de diagnostic şi tratament, stabilind strategia terapeutică pentru fiecare caz. Acest mod de conlucrare conduce la exploatarea optimă a fiecărei metode în beneficiul bolnavului.

Personalul medical asociat

în concepţia modernă, asistenţa medicală presupune îngrijirea totală, bio-psiho-socială, a pacientului. Aceasta determină nevoia conlucrării unui număr

specialistul potrivit, fie pentru un consult de specialitate (diagnostic şi eventual recomandări de tratament), fie pentru tratament de specialitate. Datorită izolării geografice, medicii din mediul rural desfăşoară o muncă mai complexă, rezolvînd variatele urgenţe şi asistând bolnavii cronici din teritoriu. în mediul urban, medicii de familie apelează mult mai frecvent la ajutorul specialiştilor, motiv pentru care sunt expuşi riscului de a se transforma în "dispeceri". în trecut, aproape toţi medicii tineri erau obligaţi să facă un stagiu de trei ani în mediul rural, desăvârşindu-şi astfel pregătirea din timpul facultăţii. Această practică a fost considerată recent non-etică şi a fost abandonată. în prezent, majoritatea absolvenţilor intră direct în pregătirea de specialitate, fiind astfel frustaţi de cunoaşterea directă a unor probleme de bază ale pacienţilor, precum şi de experienţa în alte specialităţi medicale.

Cooperarea interdisciplinară este rezultatul firesc al specializării. Ea creşte calitatea actului medical dar are dezavantajul dezumanizării medicinei şi expunerii la riscul diluării resposabilităţii medicale. Regulile deontologiei medicale obligă medicii la reprimarea propriilor orgolii şi subordonarea la interesele pacientului, materializată prin recunoaşterea rolului de coordonator al medicului curant.

Colaborând cu clinicienii, medicii de laborator, anatomo-patologii sau specialiştii în imagistică, contribuie esenţial la succesul asistenţei medicale, principalele lor calităţi fiind solicitudinea, competenţa, şi corectitudinea. Cu acestea, ei câştigă respectul colegilor medici care trebuie să compenseze "anonimatul" din relaţia efemeră cu bolnavii. Comunicarea dintre medicii de diferite specialităţi se face, în majoritatea cazurilor, prin corespondenţă, contactul direct fiind rezervat problemelor speciale sau manifestărilor cu caracter ştiinţific.

Uneori, asistenţa medicală impune o cooperare mult mai apropiată dintre specialităţi, noţiunea de echipă devenind concretă. Este cazul chirurgului şi anestezistului, a căror activitate este complementară. Datorită aparenţelor dar şi prin tradiţie, pacientul consideră că viaţa sa este în mâna chirurgului, căruia îi acordă toată încrederea şi recunoştinţa, fapt ce poate genera sentimente de frustrare din partea anestezistului. Această situaţie nu se va schimba, fapt ce trebuie luat în calcul încă de la alegerea specialităţii viitoare de către tinerii medici.

Terapia mulţi modală este un principiu modern aplicat în oncologie, constând în aplicarea succesivă unui pacient a mai multor metode terapeutice: chimioterapie, radioterapie şi chirurgie. Oncologul chimioterapeut, radioterapeutul şi chirurgul formează o comisie de diagnostic şi tratament, stabilind strategia terapeutică pentru fiecare caz. Acest mod de conlucrare conduce la exploatarea optimă a fiecărei metode în beneficiul bolnavului.

Personalul medical asociat

în concepţia modernă, asistenţa medicală presupune îngrijirea totală, bio-psiho-socială, a pacientului. Aceasta determină nevoia conlucrării unui număr

mare de persoane, cu nivele şi domenii diferite de calificare. în ţările occidentale, personalul asociat este de circa 20 de ori mai numeros decât medicii.

Nursele reprezintă, în mod tradiţional, ajutoarele cele mai apropiate ale medicului. în spital, nursa se ocupă de îngrijirea directă a pacientului pe care îl supraveghează nemijlocit sau cu ajutorul aparaturii de monitorizare, recoltează produsele patologice pentru investigaţii, aplică tratamente şi altele. în cadrul specializării, nursele dobândesc cunoştinţe tot mai multe în diverse domenii, fiind capabile să efectueze activităţi independente în folosul bolnavilor, degrevând medicii de unele activităţi consumatoare de timp, cum ar fi antrenarea bolnavilor în a participa la propria lor îngrijire. De exemplu, un pacient nou diagnosticat cu diabet zaharat trebuie instruit rapid şi eficient asupra modului de administrare a insulinei şi asupra modului în care se stabileşte dieta specială pe care o va urma. Activitatea de nursing se extinde tot mai mult în domeniul îngrijirii la domiciliu a bolnavilor cronici, a vârstnicilor, a copiilor.

Psihologii sunt foarte recent introduşi în echipele medicale din ţara noastră, ei devenind nu numai utili ci chiar indispensabili. Ei se ocupă în primul rând de evaluarea psihologică a pacienţilor prin stabilirea profilului psihologic, depistându-le nevoile individuale. Cu mijloacele psihoterapiei (individuale sau de grup), ei intervin în rezolvarea unor conflicte generate de stresul bolii sau al spitalizării. De intervenţia psihologului beneficiază în egală măsură pacienţii, familiile lor, dar şi personalul medical expus stresului. Cabinetele de psihologie activează de multă vreme în cadrul spitalelor psihiatrice, unde activitatea psihologului este legată direct de asistenţa dezordinii psihice pentru care este spitalizat bolnavul.

Personalul tehnic este pregătit pentru manipularea tehnologiei tot mai sofisticate ce se aplică în diagnostic şi tratament. Serviciile de imagistică, staţiile de dializă şi sălile de operaţie sunt exemple elocvente de sectoare în care manipularea şi întreţinerea aparaturii este importanta. Spre deosebire de industrie, de exemplu, personalul tehnic din spital trebuie să aibă în vedere că, lucrând cu subiecţi umani, comportamentul lor trebuie să fie diferit, bazat pe cerinţele epidemiologice şi cele dictate de regulile eticii şi deontologiei medicale.

Asistentul social este menit să rezolve problemele pacientului legate de asigurările sociale de sănătate, resursele financiare şi să-1 sprijine în relaţiile sociale perturbate (familie, şcoală, loc de muncă, etc). O problemă importantă pentru ţara noastră este practica abandonării, de unele mame, a nou-născuţiîor în maternităţi. Copilul este privat de familie, cămin, dar mai ales de identitate. Asistentul social începe prin a colabora cu autorităţile pentru găsirea mamei (de tată nici vorbă). Urmează o complicată activitate birocratică de dobândire a unui act de identitate (certificat de naştere). în final se pune problema plasamentului copilului, fiind preferate în ordine: familia naturală, familie adoptivă, casă de copii de tip familial şi în cel mai rău caz, casele de copii de tip instituţional (orfelinate, centre de plasament, etc). Lucrurile devin şi mai dramatice când copilul abandonat prezintă disabilităţi fizice, dar mai ales neuropsihice.

Preotul acordă asistenţă religioasă, pornind de la considerentul că persoanele bolnave au o nevoie sporită de asistenţă spirituală. Organizarea serviciului religios în unităţile sanitare este îngreunată de lipsa spaţiilor adecvate, dar mai ales de varietatea confesiunilor pacienţilor. Rezolvarea acestei ultime probleme este realizată prin caracterul ecumenic al serviciului religios din spitale.

Paramedicii reprezintă o categorie nouă de personal dedicat sănătăţii. In ultimul timp, accidentele ocupă un loc de frunte, (la copii chiar primul loc în ţările dezvoltate), între cauzele de mortalitate. S-a constatat că majoritatea accidentaţilor mor din cauza lipsei unui prim ajutor, minim, dar prompt şi eficient. S-a născut astfel ideea înfiinţării serviciilor mobile de urgenţă şi descarcerare (SMURD) în care lucrează paramedici instruiţi în prim ajutor, alături de medici specializaţi în medicina de urgenţă. Relaţiile membrilor echipei de paramedici se bazează pe spiritul de sacrificiu, umanitarism şi eficienţă.

îngrijirea complexă a pacienţilor **cu hemofilie**

în principiu, îngrijirea bolnavilor cronici sau a persoanelor cu nevoi speciale impune cooperarea unui număr mare de persoane cu grade şi domenii diferite de calificare. Fiecare domeniu prezintă anumite particularităţi. Pentru înţelegera procesului îngrijirii, vom exemplifica munca în echipă prin prezentarea problemelor bolnavului hemofilie.

Hemofilia este o boală ereditară X-linkată recesivă, datorată deficitului de factor VIII al coagulării. Boala este răspândită în toată lumea, fără predilecţie rasială sau etnică, se manifestă la băieţi, iar mamele sunt purtătoare ale tarei ereditare. Manifestarea bolii constă în apariţia de sîngerări prelungite, ameninţătoare de viaţă, ce pot apare după traumatisme minore. Hemoragiile cu localizare articulară produc tulburări locomotorii invalidante. în principiu, tratamentul specific constă în administrarea substitutîvă, pe cale injectabilă, a factorului VIII, cu scopul prevenirii sau opririi sângerărilor.

Medicul hematolog stabileşte diagnosticul bolii şi gradul ei de severitate, decide asupra schemei de tratament pe care bolnavul o va urma. El devine medical curant al pacientului, pe care îl informează şi îl va asista practic pe tot parcursul vieţii. Prin procesul de dispensarizare, medicul urmăreşte efectele terapiei, curative şi adverse, complicaţiile şi sechelele bolii. în timp, medicina progresează, apar noi metode terapeutice pe care medicul şi le însuşeşte şi le pune la dispoziţia pacientului. Relaţia medic-pacient presupune solicitudine, loialitate şi competenţă din partea medicului; încredere şi complianţă din partea pacientului.

Nursa are un rol important în aplicarea terapiei specifice cu factor VIII, a micilor îngrijiri, în instruirea pacientului cu privire la prevenirea accidentelor hemoragice şi a modului de acordare a primului ajutor.

Medicul de familie poate avea un rol central în îngrijirea complexă, în măsura în care este decis şi pregătit să şi-1 asume dar aceasta se întâmplă foarte rar.

Geneticianul stabileşte diagnosticul molecular al bolii, efectuează ancheta genetică şi examinează rudele pacientului, potenţial bolnave sau purtătoare ale tarei ereditare. Sfatul genetic este o sarcină importantă a sa. El constă în explicarea mecanismului de transmitere a bolii şi a riscurilor pentru urmaşi de a fi bolnavi sau purtători ai tarei ereditare. în caz de sarcină, medical genetician colaborează cu obstetricianuî pentru precizarea diagnosticului prenatal

Psihologul îl ajută pe bolnav să-şi accepte boala şi să înfrunte frustrările generate de fragilitatea fizică, de tara ereditară pe care o poartă şî pe care o poate transmite urmaşilor. Evitarea accidentelor hemoragice presupune adoptarea unui stil de viaţă mai sedentar, ce poate fi în discordanţă cu temperamentul pacientului. Integrarea în viaţa socială poate fi mai dificilă iar orientarea şcolară şi profesională necesită consiliere, pe care psihologul o poate face.

Asistentul social contribuie la rezolvarea unor probleme legate de asigurările de sănătate (costurile asistenţei medicale ale unui bolnav de hemofilie sunt foarte ridicate), asigurările sociale, obţinerea unor facilităţi impuse de nevoile speciale ale pacientului, integrarea şcolară şi profesională.

Medicul stomatolog care asistă bolnavii hemofiîici trebuie să aibă o pregătire specială în acest sens, pentru a putea efectua tratamentele stomatologice în condiţii de deplină siguranţă.

Medicul ortoped are rol important în tratamentul artropatiei hemofilice care este generatoare de handicap. Nu orice ortoped poate face acest lucru, ci doar acela care este pregătit special.

Fizioterapeutul se ocupă de gimnastica medicală şi fizioterapia recuperatorie.

Pacientul hemofilie este participant activ la propria sa îngrijire. în primul rând, el trebuie să-şi cunoască boala şi să o accepte, să fie cooperant, conştient că numai cu ajutorul medicului poate să ducă o viaţă normală.

Hemofilicuî se confruntă în viaţă cu o sumedenie de frustrări. El poate avea resentimente faţă de propria mamă, datorită tarei moştenite de la aceasta. Toată viaţa, el are restricţii privind activitatea fizică. Alegerea unei meserii este , condiţionată de fragilitatea fizică şi de eventuale handicapuri consecutive artropatiei hemofilice. întemeierea unei familii este o nouă provocare şi legat de | aceasta, decizia procreerii nu este uşoară.

în condiţiile actuale, hemofilia este o boală care beneficiază de tratament eficace, ceea ce permite pacientului să ducă o viaţă apropiată de normal, colaborând armonios cu echipa de îngrijire pe care o are la dispoziţie. Orice I disfuncţionaîitate se repercuta negativ asupra calităţii vieţii pacientului.

XVIII. Etica în transplantele de organ

Insuficienţa de organ este definită ca o stare clinico-biologică ce rezultă în urma pierderii temporare/definitive a funcţiilor organului respectiv. Insuficienţa cronică de organ atrage după sine imposibilitatea exercitării fiziologicului, cel mai adesea rezultatul fiind imposibilitatea de a trăi.

Această barieră, a insuficienţei de organ a fost depăşită în ultimele decade a secolului XX, odată cu posibilitatea transplantului de organe.

Transplantarea de organe a fost posibilă ca urmare a unor îndelungate cercetări de medicină fundamentală care să depăşească bariera fiziologicului, perfectarea tehnicilor de chirurgie a transplantului, aprofundarea cercetărilor în domeniul imunologiei transplantului, introducerea de noi medicamente imunosupresoare care să moduleze răspunsul imun în vederea acceptării organului transplantat, îmbunătăţirea metodologiei de urmărire şi supraveghere a pacienţilor transplantaţi.

La ora actuală se poate vorbi de 2 categorii de transplante:

a) Transplantul de organe solide (parenchimatoase): rinichi, ficat, cord, plămân, pancreas, sau transplantul combinat pancreas-rinichi, cord-plămân, ficat-rinichî, etc,
b) Transplantul de măduvă osoasă şi ţesuturi (cornee, piele, os).

Cu toate progresele realizate în domeniul imunologiei, la ora actuală nu poate fi vorba decât de transplantarea cu allografe. Prin termenul de allografă se înţelege că grefa provine de la un membru diferit genetic de primitor, dar care aparţine aceleaşi specii. Majoritatea transpîantelor de organ şi măduvă hematogenă sunt allografe şi se realizează între fraţi şi surori, părinţi şi copii sau între primitori şi donatori neînrudiţi identic genetic. Penuria de donatori de organe care se înregistrează la ora actuală la nivel mondial, obligă la aprofundarea studiilor de genetică şi de imunologîe în vederea xenotransplantului cu xenografe.

Prin xenografă se înţelege că grefa provine de la altă specie decât cea umană, de exemplu transplantarea organelor de la porc la cimpanzeu, ca şi încercări experimentale.

Până la ora actuală xenotransplantul nu se poate efectua la specia umană; posibil ca barierele imuno logice să fi depăşite într-un viitor apropiat, rezolvând totodată şi nevoia stringentă de organe pentru transplantare. Există în schimb la ora actuală mari controverse de ordin medical, religios, etc, care consideră xenotransplantul inoportun şi în contradicţie cu definirea biologică, etică şi morală a speciei umane. Dilema xenotransplantului este de departe de a fi rezolvată, şi va necesita multe generaţii până la luarea unei decizii adecvate.

Speranţele la ora actuală se îndreaptă spre terapia cu celule stern. Celulele stem sunt celule capabile de automultiplicare, sunt considerate ca şi celule

multipotente, respectiv ce se pot diferenţia în mai multe tipuri de celule: o lungă perioadă de timp „celula stern" a reprezentat doar un concept biologic, Iară a fi o realitate palpabilă, vizibilă, atinsă în vitro, până la introducerea în 1981 a culturilor de celule stern embrionare de şoarece. Multă vreme s-a crezut că celulele stern adulte descrise în literatură (hematopoetice, neurale, hepatice, derrnice, pancreatiee, intestinale) nu se pot diferenţia decât în tipul celular din care îşi au originea. Astăzi sunt indicii că celulele stern au o mare plasticitate putându-se diferenţia în mai multe tipuri celulare. De exemplu celulele hematopoetice se pot diferenţia în celule din creier, ficat, cele neurale şi hepatice în celule din sânge.

Aceste observaţii care atribuie celulelor stern capacităţi multipotente deschid noi perspective în lupta împotriva unor boli ameninţătoare de viaţă. Transplantul cu celule stern nu se confundă cu donarea de organe, care reprezintă realizarea unei copii a unei specii. Tratamentul cu celule stern a avut rezultate încurajatoare pe animalele de experienţă cum ar fi în boala Parkinson, diabetul insulino-dependent

De perspectivă celula stern ar putea constitui fundamentul în realizarea unor organe artificiale: ficat, rinichi, miocard.

în ţara noastră transplantul de celule stern miocardice s-a efectuat în Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara în anul 2003. Treptat idei care păreau idealiste până nu demult, se transformă în realitate. Scopul final al medîcinei contemporane este a depăşi barierele ameninţătoare de viaţă şi de a da şanse superioare de supravieţuire unor categorii de bolnavi pentru care destinul este crunt. Această idee este înţeleasă cel mai bine în adevăratul sens de către cei care îngrijesc zi de zi bolnavii cu insuficienţă de organ terminală (renală, hepatică, cardiacă, etc). Prelungirea vieţii pacienţilor nu înseamnă **totul,** acest deziderat trebuie dublat obligatoriu şi de o calitate a vieţii cât mai bună. Suntem conştienţi că un bolnav transplantat, nu va întruni în totalitate definiţia OMS a sănătăţii, în schimb va da şansa bolnavului de a se bucura de viaţă chiar în condiţiile unor restricţii impuse de transplantarea de organ.

Spre exemplificare, conform definiţiei OMS 1993, „calitatea vieţii este percepţia pe care o are un individ asupra locului său în existenţă, în contextul culturii şi al sistemului de valori în care trăieşte şi în relaţie cu obiectivele, aşteptările, normele şi neliniştile sale. Este un concept foarte larg, infîuienţat de maniera complexă de sănătate fizică, stare psihologică, nivelul de independenţă, relaţiile sociale ca şi relaţia în elementele esenţiale ale existenţei".

Calitatea vieţii este cel mai adesea legată de starea de sănătate. Este un concept multidimensional, care explorează impactul sănătăţii individului asupra capacităţi sale de a realiza şi aprecia activităţile cotidiene, de a se bucura de viaţă şi de propria lui menire în cursul vieţii. Modelul de exprimare popular "viaţă lungă şi sănătoasă" exprimă cel mai bine definiţia calităţii vieţii.

Starea de sănătate este parţial opusul stării de boală. Conform definiţiei OMS starea de sănătate este definită ca şi "stare de bine fizic, mental şi social" şi

nu doar absenţa bolii sau infirmităţii. Starea de sănătate poate fi evaluată după modelul:

- Biomedical;
- Biopsihosocial;
- Situaţional;

Modelul biomedical tradiţional consideră boala ca rezultat al unor cauze plurietiologice, cu mecanisme patogenetice care determină leziuni organice a funcţiei fiziopatologice care la rândul lor stau la baza simptomelor şi semnelor de boală,

Modelul biopsihosocial consideră boala şi în funcţie de leziunile organice pe care le determină, de răsunetul asupra funcţiei individului (incapacitate) şi de consecinţele asupra vieţii sociale (handicap).

Modelul situaţional analizează relaţiile dintre capacităţile persoanei şi situaţia, mediul în care îşi desfăşoară activitatea.

Transplantul renal

Insuficienţa renală cronică terminală, definită ca şi stadiul final de evoluţie a multor boli renale, dispune la ora actuală de posibilităţi reduse de tratament, alternativele bolnavului fiind: evoluţia inevitabilă spre deces, terapie de substituţie renală (rinichiul artificial), transplantul renal Dacă prima variantă este inaceptabilă pentru secolul XXI, bolnavului îi rămân doar celelalte alternative (terapie de substituţie renală, transplantul renal). Sunt remarcabile achiziţiile de ultimă dată în hemodializă sau dializă peritoneală, din punct de vedere tehnic şi medical, în schimb, din nefericire, consecinţele insuficienţei de organ, sunt doar parţial corectate, cu repercusiuni majore asupra stării de sănătate şi calitate a vieţii bolnavului.

Pentru majoritatea bolnavilor continuarea profesiei este aproape imposibilă, viaţa de familie este perturbată, familia fiind obligată la eforturi semnificative.

Dacă se analizează insuficienţa renală la copil dimensiunile problemei au o semnificaţie şi mai importantă. Consecinţele nefaste ale insuficienţei renale cronice terminale se răsfrâng negativ asupra creşterii şi dezvoltării somatice, psihice, intelectuale, osteodistrofia invalidantă este mult mai severă la copil, la care se adaugă particularităţile de percepţie diferite la durere şi la manopera şedinţei de dializă. Bolnavul pediatric supus unei şedinţe de dializă este lipsit de autonomia de a decide asupra acestei manopere, părinţii şi familia fiind în final cei care iau decizia.

La toate acestea se adaugă şi consecinţele negative în relaţie cu imposibilitatea continuării programului de instrucţie şcolară, la un necesar minim de 3 dialize pe săptămână, practic aceşti copii se află în imposibilitatea de a-şi continua şcoala, fiind sortiţi analfabetismului şi imposibilităţii de inserţie socio-profesională, altfel spus această categorie de copii s-ar putea defini ca şi „copii iară copilărie".

Argumentele expuse mai sus, de ordin medical, social, etic şi moral, vin să susţină afirmaţia că transplantul renal constituie singura alternativă terapeutică, salvatoare pentru bolnavul cu insuficienţă renală cronică terminală.

S-au scurs aproape 40 de ani de la primul transplant renal reuşit.

La ora actuală în Europa de vest, peste 40.000 de bolnavi sunt în aşteptarea unui transplant renal, în timp ce numărul de transplante renale este sub 12.500, din care sub 6.000 sunt cu donator cu moarte cerebrală. Această discrepanţă dintre cerere şi ofertă este valabilă şi pentru alte continente. în SUA, la sfârşitul lunii [ianuarie 1996, existau 31.200 pacienţi înscrişi pe o listă de aşteptare, în timp ce numărul de transplante efectuate anual nu depăşeşte 10.000 (datele provin de la Organizaţia UNOS - United Network for Organ Sharing). Un calcul matematic arată că pentru a realiza idealul transplantului renal ar fî nevoie de o activitate I constantă şi susţinută pe o durată de 3 ani, eu condiţia ca toate transplantele să fie reuşite, iar pe lista de aşteptare să nu fie înscris nici un bolnav nou. în ciuda tuturor eforturilor care se depun, acest deziderat nu se poate realiza. în ţările cu tradiţie în transplantologia renală, cu posibilităţi economice adevărate, timpul de aşteptare este de cel mult 2 ani. Din nefericire România este o ţară care se aliniază igreu la ţările cu tradiţie în transplantul renal; cauze de ordin economic, social, menţin încă România departe de ţările cu tradiţie, în ciuda unei pregătiri ! profesionale remarcabile în acest domeniu de activitate. Datele statistice din anul 2001 arătau astfel: un număr total de 3.789 bolnavi cu insuficienţă renală cronică terminală în program de substituţie renală, din care doar 233 au avut şansa unui [transplant renal (statistic 6,14% din numărul de bolnavi au fost transplantaţi).

Extinderea şi susţinerea programului de transplant renal ar trebui să I constituie o preocupare prioritară a tuturor programelor de sănătate. Este de dorit I ca proporţia bolnavilor transplantaţi să ajungă la 20-25% în anul 2005 cu o medie | anuală de 400 transplante anuale.

Primul transplant renal în România a fost efectuat în urmă cu aproape 23 de ani la Spitalul Fundenî, existând ulterior o perioadă lungă de timp în care această (activitate a fost întreruptă, din raţiuni pe care doar generaţiile mai vechi le cunosc.

începând cu anul 1992, în Centrul Universitar Cluj funcţionează primul Centru de Transplant Renal din România, cu cea mai bogată experienţă şi [rezultate, urmat de Centru de Transplant Renal din Bucureşti.

Centrul de Transplant Renal din Cluj a realizat de-a lungul anilor mai multe [premiere naţionale:

- primele transplante renale la bolnavii anefricî (nefrectomii bilaterale prealabile);
- primele transpîante renale la pacienţii pediatrici; până ia ora actuală un număr de 58 de copii, cu vârste cuprinse între 2 şi 16 ani, au beneficiat de transplant renal,;
- primele transplante renale la pacienţii cu anomalii vasculare multiple;
- primele transplante renale între pacienţi înrudiţi "emoţional" dar nu şi genetic, "soţ-soţie";

- primele transplante cu recoltare de la donator viu prin retroperitoneoscopie;
- primele transplante la bolnavi înainte de a fi incluşi în program de dializă (transplant preemptiv)

Principalele** obiective **a** activităţii **de transplant

1. identificarea şi evaluarea corectă a primitorilor de rinichi;
2. identificarea şi evaluarea donatorilor de rinichi;
3. perfecţionarea continuuă a tehnicilor de imunologie;
4. ameliorarea şi perfecţionarea tehnicilor de chirurgie a transplantului renal;
5. protocoale de imunosupresie adecvate în funcţie de particularităţile de vârstă, compatibilitate imunologică, patologie asociată;
6. evaluarea rezultatelor pe termen scurt şi lung, compararea rezultatelor cu centre similare şi de tradiţie în transplantul renal;

1) Cine sunt primitorii de grefa renală ? Orice bolnav cu insuficienţă renală cronică terminală, trebuie considerat ca un posibil receptor de grefa renală, cu condiţia să nu aibă o contraindicaţie majoră legată de boala de fond sau de complicaţiile care derivă din insuficienţa renală. Se va respecta totdeauna principiul: riscul operaţiei minim, beneficii biologice, sociale, familiale maxime.

2) Cine sunt donorii ? Donorii sunt reprezentaţi de către voluntari în viaţă, rude cu primitorul şi cei care şi-au exprimat dorinţa ca "după moarte" să trăiască cineva, în sensul acceptării ca după moartea lor părţi din corpul lor, sau organe să folosească semenilor lor pentru salvarea vieţii.

***Donorii în** viaţă*

Era transplantului renal a început în anul 1954 cu celebra pereche de băieţi a lui Merril JP, când doi fraţi univiteiini au acceptat transplantul renal. Se acceptă la ora actuală că gemenii univiteiini au compatibilitate mare dar nu total identică. Cum această şansă este extrem de mică, de-a lungul anilor s-a conturat accepţiunea că doeorii vii sunt reprezentaţi de rude de gradul I respectiv mamă, tată, frate, soră, a cărei înrudire genetică este cea mai bună cu primitorul.

Donatorul viu înrudit emoţional se defineşte ca acel donator care face parte din categoria soţ-soţie, prieteni apropiaţi, între care se stabilesc probleme comune de viaţă, o legătură emoţională atât de puternică încât acceptă sacrificiul de a dona un organ pereche pentru salvarea vieţii celuilalt, cu respectarea regulilor impuse de compatibilitatea imunologică.

Transplantul cu donatori vii se aplică exclusiv pentru organele pereche !

Se face excepţie de la această regulă în cazul transplantului hepatic şi exclusiv la copil când donoruî părinte poate dona un lob hepatic, sau un segment hepatic.

A 2-a regulă esenţială în transplantul renal este aceea că el trebuie să respecte regula transfuziei de sânge izogrup, izoRh,

A 3-a regulă esenţială - donarea cu donator viu este interzisă pentru minori.

Problema donării de rinichi ridică probleme etice deosebite, uneori dificil de interpretat. Este greu uneori de a exclude cu certitudine suspiciunile legate de actul donării, motiv pentru care majoritatea sistemelor naţionale de transplant (inclusiv în România - în anul 1998 a fost promulgată Legea Transplantului de Organe) insistă asupra necesităţii ca recoltarea de organe de la donator în viaţă să se facă numai atunci când motivaţiile donării sunt clar emoţionale, genetice şi altruiste, fără presiuni interne sau externe şi în condiţiile în care atât donatorul cât şi primitorul au fost bine şi corect informaţi asupra gestului decizional. Este motivaţia pentru care în toate sistemele de transplant se pleacă de la ideea că donarea de organe nu poate face obiectul unor foloase materiale, donarea trebuie să fie un act uman, altruist, eventual donorul poate fî recompensat ia nivel instituţional, reducerea programului de activitate, schimbarea locului de muncă dacă depune eforturi fizice mari, asigurare de sănătate, etc.

în anul 1987 Consiliul European al Ministerelor Sănătăţii a opinat că donarea de organe de la persoane în viaţă trebuie redusă şi dacă este posibil chiar eliminată. Se argumentează că donarea de organe s-ar face sub presiuni psihologice şî se încalcă un principiu a lui Hipocrate „Primam non nocere" (în primul rând să nu faci rău). Din punct de vedere medical donorul rămâne totuşi cu un singur organ, nu lipsit complet de complicaţii şi dezavantaje.

Dincolo de bariera care se interpune între donor şi receptor există o altă categorie de susţinători care afirmă că donarea este un act de mare moralitate şi demnitate umană. în multe ţări legislaţia este mult mai permisivă (exemplu Spania). în Germania, de exemplu, nu există o lege a transplantului cu donor viu în timp ce în Belgia legea stipulează că transplantul cu donator viu este acceptată doar în condiţiile în care viaţa primitorului este în mare pericol. Anglia, spre exemplu acceptă donorul viu, în timp ce în Italia, Franţa, Germania transplantul cu donor viu este sub 10%.

Proporţia de transplante cu donor viu creşte la 14% în Danemarca, 25% în Suedia, 38% în Norvegia, 72% în Grecia, 80% în Turcia, 80% în România.

Comerţul cu organe este prohibit cu severitate în toate ţările, inclusiv în România.

Există totuşi şi excepţii de la regula donării cu donatori vii. în India, din cauza imposibilităţii asigurării terapiei de substituţie renală, donarea pe interese economice este acceptată. Este totuşi o curiozitate acest concept care nu este superpozabil cu cel ţările civilizate, care nu acceptă donarea pentru interese economico-fmanciare. Un rol important în limitarea şi evitarea activităţii de comerţ a transplantului revine mass-mediei, care nu ar trebui să popularizeze ideea vânzării de organe, aspect întâlnit şi în ţara noastră unde, din nefericire se mai pot citi anunţuri de genul „vând rinichi".

Această afirmaţie este o speculaţie gazetărească şi în totală discordanţă cu legile României, având riscul de a compromite ceea ce s-a construit cu multe eforturi de-a lungul anilor.

Donorul în moarte cerebrala, „cadavru"

Donorul în moarte cerebrală constituie cea de a doua categorie de donori, recoltarea respectând aceleaşi criterii medicale de indicaţii, contraindicaţii, compatibilitate imunologică, grup sanguin şi de consimţământ verbal sau scris emis în cursul vieţii de către donator sau acordat postmortem de cei cărora le revine în mod legal cadavrul şi decizia asupra soartei lui. De-a lungul anilor şi acest concept a suferit multe modificări. Iniţial s-a acceptat ca donare doar pentru acei donori heart-beating-corps (donori cu cord funcţionând), actualmente existând tendinţa care practică recoltarea de la donori „non heart-beating" (cu cord oprit, dar nu mai mult de 30 minute). Rezultatele pe termen lung privind funcţionarea rinichiului transplantat la a doua categorie sunt net inferioare primei categorii de donori.

însuşi conceptul de moarte a suferit modificări, deşi se acceptă că stabilirea „stării de moarte" este o activitate medicală; la bazele afirmării acesteia există criterii educaţionale, culturale, religioase. Este explicaţia pentru care criteriile de moarte şi în special de moarte cerebrală au fost modificate de mai multe ori atât în Europa, cât şi în SUA.

Conform criteriilor care uniformizează conceptul de moarte elaborate în 1981 în SUA, o persoană este considerată moartă în condiţiile în care:

1. atât creierul cât şi trunchiul cerebral nu mai funcţionează;
2. moartea cerebrală a fost clar identificată şi din punct de vedere a ireversiblităţii sale;
3. absenţa funcţiei cerebrale trebuie să persiste pe o perioadă determinată şi uniform acceptată de timp.

Dacă acceptăm cele două clasificări a morţii, „moarte cerebrală" şi „moarte **obişnuită",** dintr-o dată există riscul unor confuzii ireversibile, din partea unor persoane neavizate, creindu-se părerea că în final ar fi vorba de două morţi. Aceasta este motivaţia pentru care se preferă utilizarea termenului generic de moarte, noţiunea de moarte cerebrală fiind rezervată într-un cadru strict medical. Există legislaţii mai permisive care acceptă termenul de donare prezumată; noţiunea se defineşte astfel: dacă persoana, posibil donator, nu a exprimat în mod scris sau verbal (cu martori) că nu se opune donării, înseamnă că el este de acord. Legislaţia română nu face referiri la această modalitate de donare. Cu toate că a existat permanent o preocupare intensă pentru perfecţionarea criteriilor de definire a morţii cerebrale, pentru a limita abuzurile, încă mai persistă reticenţe privind acceptarea de către populaţie a cărţilor de donator de organe. Chiar şi-n lumea medicală există ezitări, pe un eşantion anonim de medici chestionaţi asupra oportunităţii de a deveni donatori, un mic procent 5% au fost de acord.

La polul opus se află alte concepţii cum ar fi ţările musulmane, sau Japonia, care se opun transplantării cu organe recoltate de la donor cu moarte cerebrală şi care consideră recoltarea de organe ca o blasfemie, ca o lipsă de moralitate şi

demnitate faţă de persoană şi faţă de conceptul de moarte. Este explicaţia posibilă de ce în aceste ţări domină transplantul cu donor viu.

Dacă se analizează situaţia reală cu donor cadavru, la care se adaugă şi contraindicaţiile medicale, vom constata că acest dezechilibru între cerere şi ofertă se va menţine permanent, discrepanţa se va menţine în fiecare an prin creşterea continuă a numărului de bolnavi care au nevoie de o grefa renală. Datele statistice arată că până în prezent din cele 250.000 de transplante, peste 60.000 au fost efectuate cu donator viu. Datele EUROTOLD (Transplant Organs from Lîving Donor) arată că în ţările din Europa de Vest se folosesc anual 1200 grefe cu donator viu (11%) în timp ce în USA numărul lor este de 1800 (20%).

O altă problemă delicată este dacă există sau nu priorităţi pentru primitorii de grefa renală.

Aceste priorităţi, într-un cuvânt şi pe înţeles, s-ar defini: acei bolnavi care din raţiuni de ordin medical au dificultăţi de continuare a unui program de dializă, au o patologie asociată dializei ameninţătoare de viaţă şi pentru care transplantul ar rămâne singura şansă de supravieţuire.

Aceste criterii de apreciere variază de la ţară la ţară şi chiar în interiorul aceluiaşi program naţional de transplant, de la un centru la altul.

Cunoscându-se efectele dezastruoase ale insuficienţei renale cronice în pediatrie şi inconvenientele programelor de dializă cronică, se naşte întrebarea firească dacă copilul este sau nu compatibil cu termenul de prioritate. De asemenea, dacă copilul poate sau nu deveni donator în condiţiile în care sunt întrunite criteriile de moarte.

în Franţa, spre exemplu, două decrete ministeriale din 6 noiembrie 1995 şi 6 noiembrie 1996, au dat copilului sub 16 ani o prioritate naţională pentru rinichi de la donori mai mici de 16 ani, sau donori cu greutate mai mică de 40 kg şi o prioritate regională pentru donori sub vârsta de 30 de ani. Aceste decrete au avut ca rezultat imediat reducerea duratei de dializă la copil la un interval mediu de 9 luni de aşteptare pe listă. Este, de asemenea, de la sine înţeles şi un concept de calitate a vieţii net superior oricărui program de dializă cronică.

Ca o consecinţă a unui program naţional susţinut de tranplant, procentul de pacienţi pediatrici transplantaţi în Franţa s-a modificat esenţial în decurs de 5 ani, de la 40% în 1993 la 67% în 1998.

De asemenea un procent semnificativ de pacienţi pediatrici au fost transplantaţi fără dializă prealabilă, transplant preemptiv.

Transplantul renal pediatric cu donator viu înrudit genetic, respectiv parental, a fost de 16% în 1998 în Franţa, în timp ce în ţările nordice ajunge la ! 48%, iar în SU A 50-60%.

Din nefericire legislaţia română nu are stipulată problema priorităţilor pediatrice. Pe un lot de 58 copii transplantaţi în Centrul de Transplant Cluj într-un ; interval de 9 ani, 8% din pacienţi au fost transplantaţi cu donator cadavru în timp ce 92% au fost transplantaţi cu donator viu înrudit genetic. Această situaţie ar

putea fi explicată în contextul general al penuriei de donatori, cât şi încă lipsei de înţelegere a populaţiei asupra importanţei actului de donare.

Nota autorului. Răzvan este un pacient pe care îl am în observaţie de 4 ani; la vârsta de 7 luni a dezvoltat insuficienţă renală cronică terminală pe fondul unei malfomaţii renale congenitale la care nu a fost posibilă rezolvarea chirurgicală. La vârsta de 7 luni viaţa lui atârna de începerea urgentă a unui program de dializă peritoneală cronică, procedeu extrem de complex şi care impunea implicarea serioasă a familiei, care era nevoită ca din 24 de ore cât are o zi, 16 ore să fie imobilizată lângă Răzvan pentru a efectua dializa peritoneală. Era un efort medical, social şi familial extrem de mare. Şi totuşi familia şi Răzvan au acceptat cu stoicism şi multă persevemţă această măsură terapeutică.

După 1 an şi 8 luni de aşteptări a apărut o licărire de speranţă. într-un serviciu de pediatrie din Cluj s-a internat un alt băiat de vârsta lui Răzvan (2 ani şi 6 luni), cu o boală genetică gravă cu paralizia muşchilor respiratori şi insuficienţă respiratorie gravă, el fiind menţinut în viaţă graţie aportului de ventilaţie artificială. Zilele lui Tobias erau numărate după ce ani de zile familia s-a luptat pentru supravieţuirea lui. Familia a înţeles sfârşitul inevitabil şi cu toată durerea sufletească, a acceptat ca organele lui Tobias să-i fie donate unui copil, de asemenea în suferinţă. în aceste condiţii în timp record s-a efectuat primul transplant renal (prof.Mihai Lucan) la vârstă mică, fiind totodată o premieră naţională. în aceleaşi condiţii un alt copil, Alexandru (14 ani) a beneficiat de cel de al doilea rinichi. Astăzi Răzvan şi Alexandru au 2 ani de la transplant, se simt bine, sunt fericiţi. Se pot bucura de copilărie. Ce gest uman şi de solidaritate, nemaipomenit din partea părinţilor iui Tobias !

Ramona, Gheorghiţă, Ildiko, Ilie, Mariana, etc, sunt alţi copii care au avut şansa transplantului renal de la donator cadavru. Cu toate că ei nu au posibilitatea de a mulţumi binefăcătorilor lor, deoarece alocarea organelor este secretă (conform legislaţiei), ei înţeleg foarte bine că viaţa lor s-a schimbat considerabil graţie unui gest de înalt altruism şi înţelegere din partea celor care au acceptat donarea.

Aşa cum am anticipat există încă controverse în ceea ce priveşte oportunitatea donării de organe de către copii ajunşi în stadiul de moarte; legislaţia română nu face restricţii în acest sens, copilul încadrându-se în rigorile impuse de lege, acceptul final fiind dat tot de părinţi, autorizarea din partea părinţilor fiind indispensabilă.

Modelul francez de legislaţie a constituit o sursă importantă de inspirare şi pentru legislaţia română. în Franţa, la 22 decembrie 1976, a fost elaborată legea Caillavet care stipulează la articolul III, că în condiţiile unui minor, prelevarea de organe în vederea transplantului nu se poate tace fără autorizarea reprezentantului său legal, reprezentantul legal suprapunându-se părinţilor.

în caz de probleme medico-legale procurorul general al Franţei poate fi consultat în acest sens.

Date statistice arată că cel puţin în Franţa mai mult de 24% din părinţi refuză donarea de organe. Trebuie înţeles că prin termenul de donare de organe nu se înţelege exclusiv rinichiul, în mod egal fiind vorba şi de alte organe parenchimatoase (ficat, pancreas, cord, pulmon) sau ţesuturi (cornee, piele, etc).

încă nu s-au efectuat studii asupra motivaţiei de refuz. Se pare că totuşi părinţii acceptă cu greu ideea de a-şi pierde copilul, alteori nu sunt convinşi că s-au epuizat toate încercările terapeutice. Cu toate acestea medicul care îngrijeşte un pacient în moarte cerebrală, are obligaţia morală de a încerca, de a propune aparţinătorilor oportunitatea donării. Termenul de comă depăşită, când culoarea copilului este bună, când dă senzaţia că trăieşte, chiar dacă artificial, este greu de acceptat de către părinţi şi aparţinători.

O atitudine diferenţiată există în multe ţări asupra prelevării de organe de la nou născut cu anencefaîie (fără encefal). Cei care se opun prelevării susţin că nu este etică, morală, prelevarea de la o persoană fără funcţie cerebrală, Iară posibilitatea de a trăi în absenţa creierului, această categorie de copii fiind consideraţi a avea doar funcţii vegetative, tară activitate cognitivă, criteriul de moarte cerebrală neputându-se afirma cu certitudine din punct de vedere medical.

Legislaţiile din majoritatea ţărilor acceptă însă prelevarea de la anencefalici, cu condiţia unui diagnostic fidel şi după ce familia a fost corect informată.

Activitatea de transplant nu poate fi concepută decât ca şi o activitate muîtidiscipîinară şi o activitate în echipă, care să includă medici, psihologi, preoţi, etc, efortul final trebuie să aibă ca rezultat creşterea numărului de donori.

Aspecte legate de terapia cu imunosupresoare

Ultimii 40 de ani au adus modificări semnificative şi în terapia cu imunosupresoare (a cărei scop este de a induce acceptarea organului transplantat).

Dacă în anii '60 primele încercări de imunosupresie erau reprezentate de iradiere cu raze X, a urmat apoi introducerea azathioprinei şi a corticoterapiei cu rezultate moderate, atât în realizarea unei imunosupresii bune, cât şi cu multe efecte negative destul de importante.

Anul 1978 a reprezentat un an de referinţă în transplantul de organe solide odată cu introducerea ciclosporinei, după anii 1980 ciclosporina rămânând baza terapiei imunosupresoare.

Ameliorarea terapiei imunosupresoare, alături de o evaluare imunologică mai bună au constituit două etape importante, în depăşirea barierelor transplantului, care totuşi în final constituie o sfidare a fiziologicului. Noile progrese în terapia imunosupresoare din ultimii 10 ani au fost reprezentate de FK_{506}, anticorpi monoclonali, policlonali, agenţi imunosupresori care cresc şansa de supravieţuire a grefei renale.

Scopul final al oricărei terapii imunosupresoare: eficacitate maximă, efecte negative minime.

XIX. Asistenţa în boli cronice şi terminale

Sănătatea şi boala

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a definit în 1947 sănătatea ca "o bunăstare completă fizică, psihică şi socială în lipsa bolii sau infirmităţii". Aceasta este valabilă şi în prezent dar este criticabilă pentru că nu exprimă gradual nivelul de sănătate pe care un individ îl poate atinge. Pornind însă de la definiţia OMS, idealul asistenţei medicale ar fi menţinerea sau redarea sănătăţii, a integrităţii bio-psiho-sociale a persoanei.

Bolile acute sunt, în general, autolimitate prin intervenţia eficientă a mijloacelor de apărare a organismului. De exemplu, rujeola se vindecă în câteva zile prin instalarea imunităţii specifice, iar o fractură se vindecă prin formarea căluşului şi procesul de remodelare osoasă. Asistenţa medicală are un rol esenţial în prevenirea îmbolnăvirilor.

îngrijirea bolnavului acut are un caracter de urgenţă, dar tranzitor şi vizează: •. scurtarea duratei bolii;

- prevenirea şi tratamentul complicaţiilor care adesea ameninţă viaţa;
- terapia simptomatică;
- diminuarea anxietăţii;
- prevenirea sechelelor;
- suportul psihosocial.

O persoană trăieşte experienţa a multiple astfel de boli. Medicul de familie are un rol esenţial deoarece cunoaşte cel mai bine condiţiile socio-economice şi modul particular în care reacţionează persoana, atât biologic cât şi psihic. Contactul cu medicul specialist din spital este de scurtă durată şi de aceea, principala calitate a actului medical în cazul bolilor acute este eficienţa.

Bolile cronice sunt determinate de fenomene patologice ireversibile care conduc în mod natural la deteriorarea organismului şi în final la deces. Progresele medicinei au schimbat radical evoluţia şi prognosticul multor îmbolnăviri, facilitând supravieţuiri de lungă durată, cu disabilităţi adesea minime dar care sunt dependente de o asistenţă înalt calificată, specifică şi perseverentă. Astfel de boli cronice sunt de exemplu: diabetul zaharat insulino-dependent, cancerul sau insuficienţa renală cronică. Evoluţia naturală a acestor afecţiuni este letală într-un interval de luni sau ani. Tratamentul cu insulina, citostatice şi respectiv dializa permit o supravieţuire de ordinul zecilor de ani, calitatea vieţii bolnavilor fiind în relaţie directă cu calitatea asistenţei medicale. Un studiu efectuat în 1971 de Public Health Service U.S. relevă dimensiunea problemei bolilor cronice: circa 50% din populaţia SUA avea cel puţin o boală cronică (frecvent două sau mai multe), rezultând circa 95 de milioane de bolnavi din care o mică parte aveau o

activitate limitată datorită bolii iar 2% erau incapabili de a efectua o activitate independentă.

Bolnavul cronic

Calitatea vieţii este o noţiune echivalentă definiţiei OMS a sănătăţii, în sensul de bunăstare fizică, psihică şi socială dar care nu este completă şî implică prezenţa bolii.

Conceptul modern de calitate a vieţii este definit prin percepţia subiectivă a individului asupra propriei sale stări de sănătate ce include:

- controlul simptomelor;
- funcţiile biologice ale organismului;
- funcţia de rol (capacitatea de integrare în muncă, familie şi societate).

Dincolo de refacerea strict funcţională a organismului bolnav cronic, ameliorarea calităţii vieţii este obiectivul asistenţei bolnavului cronic şi măsura calităţii ei.

Societatea asigură condiţiile materiale necesare asistenţei bolnavului cronic prin finanţarea unităţilor sanitare (personal calificat, ambient adecvat, mijloace de investigaţie, medicamente şi materiale sanitare), suportul social şi material al bolnavilor, încurajarea şi susţinerea cercetării biomedicale. Programele de sănătate sunt complexe de măsuri specifice menite să reducă morbiditatea şi mortalitatea printr-o anumită patologie (ex, cancerul), dar mai ales să asigure accesibilitatea cât mai largă la mijloacele terapeutice optime existente. Aceste programe diferă în funcţie de nivelul socio-economic al societăţii. De exemplu, rata de vindecări în cancer la copii este în prezent de 60% în ţările occidentale dezvoltate. în lume însă, sute de mii de copii mor anual de cancer deoarece doar 10% dintre aceştia au acces la un tratament adecvat.

Comportamentul bolnavului cronic este decisiv în propria sa îngrijire, necesitând motivaţie şi pregătire. El trebuie să-şi recunoască boala, să o accepte, înfruntând criza declanşată de suferinţa fizică şi psihică, de alterarea imaginii de sine şi să devină membru activ al echipei de îngrijire.

Complianţa este respectarea de către pacient a controalelor medicale, a tratamentului şi a regimului prescris, o premiză obligatorie a succesului terapeutic.

Motivaţia şi pregătirea pacientului sunt facilitate de intervenţia mecanismelor de adaptare:

1. Reacţia de respingere sau de minimalizare a seriozităţii bolii este un comportament iniţial normal pentru că este un mecanism de apărare faţă de şocul produs de boală. In această fază, pacientul participă pasiv la propria sa îngrijire, dar, dacă reacţia este exagerată, există riscul refuzului sau nerespectării tratamentului. De exemplu, un bolnav cu insuficienţă renală cronică va accepta dializa dar refuză la început să creadă că va trebui să facă dializă de trei ori pe săptămână pentru toată viaţa.
2. Ai doilea mecanism de adaptare este căutarea de informaţii legate de cauzele, manifestările bolii, posibilităţile de tratament şi perspectivele de

viitor. Acest moment trebuie exploatat deoarece bolnavul este extrem de receptiv la pregătirea sa pentru aplicarea unei diete corecte, a tratamentului adecvat şi în fmal la schimbarea inerentă a stilului de viaţă. El devine din acest moment un partener activ al echipei de îngrijire, are opinii proprii despre boala sa, ale căror corectitudine depinde mult de calitatea informaţiilor primite. Un bolnav cu diabet zaharat trebuie în această etapă să înveţe să-şi calculeze regimul alimentar, să înveţe să-şi administreze singur insulina, să-şi controleze glicemia, să recunoască şi să combată principalele complicaţii ale bolii ca, de exemplu, hipoglicemia.

3. Consolarea este un alt mecanism de adaptare ce constă în solicitarea de sprijin şi liniştire din partea personalului medical, a familiei şi a prietenilor. Bolnavul aşteaptă să i se spună că boala lui nu-i va schimba radical viaţa în sensul unei eventuale stigmatizări. Succesul acestei etape depinde de suportul social
4. Reluarea progresivă a activităţii funcţionează tot ca mecanism de adaptare. Constatarea că pacientul nu şi-a pierdut dexterităţile avute anterior îmbolnăvirii îi permite să-şi recâştige încrederea în sine, să-şi refacă propria imagine, motivându-1 să~şi accepte boala şi terapia,
5. Reajustarea planurilor de viitor, luând în calcul situaţia nou creată şi posibilităţile evolutive, permite pacientului să înfrunte viitoarele complicaţii, fiind un mecanism de adaptare de lungă durată la ireversibilitatea bolii.

În rezumat, un comportament sanogen presupune asumarea bolii, participarea activă la îngrijirea sa şi activarea mecanismelor de adaptare. Sănătatea trebuie să fie pe primul plan al priorităţilor dar iară să devină obsesie.

Comportamentul medicului are anumite particularităţi în cazul îngrijirii bolnavului cronic. Insatisfacţiile sunt la ordinea zilei iar succesele apar tardiv şi sunt puţin răsunătoare. Medicii începători se simt mai puţin interesaţi de această patologie, deoarece ei sunt dornici să vadă un efect imediat şi spectaculos al prestaţiei lor, de aceea îşi iau ca model medicii din servicii de îngrijire a bolnavilor acuţi. în realitate, tratamentul unor boli cronice ameninţătoare de viaţă, precum cancerul, este o mare provocare, necesită pregătire specială, perseverenţă şi răbdare, iar satisfacţia constă în relaţia de încredere pe care medicul curant o împărtăşeşte cu pacientul.

Primul contact cu pacientul are un dubiu scop: unul tehnic şi unul psiho-social.

Examinările clinice şi paracîinice urmăresc stabilirea diagnosticului, identificarea unor factori prognostici şi o evaluare funcţională generală preterapeutică. Concomitent, medicul urmăreşte cunoaşterea particularităţilor psiho-emoţionale intelectuale şi sociale ale pacientului, în vederea stabilirii căilor optime de comunicare reciprocă. Competenţa şi răbdarea sunt mijloacele cu care medicul poate câştiga încrederea pacientului.

Informarea pacientului, într-un limbaj cât mai accesibil, este rezultatul unui dialog care continuă la întâlnirile succesive. întrebările bolnavului relevă nivelul lui de înţelegere şi nevoia lui de informare, care trebuie satisincută în mod adecvat.

Importanţa comunicării cu bolnavul este recunoscută, mai ales în ţările occidentale, unde este obligatorie semnarea de către pacient a unui consimţământ informat. Acesta conţine date generale despre tipul de boală, posibilităţile evolutive şi principiile de tratament. Acest document nu înlocuieşte însă dialogul în care medicul dă pacientului detalii concrete şi strict individualizate privind tratamentul şi evoluţia cazului.

în cazul bolilor cronice, o mare parte din îngrijiri vor decurge ambulator sau la domiciliu, ceea ce nu absolvă medicul de responsabilitate, ci îl obligă să o împartă cu pacientul Non-complianţa bolnavului va compromite îngrijirea, dar şi aceasta depinde de ambii parteneri.

Pacientul cu boală cronică revine periodic la spital pentru investigaţii şi tratament. Este important ca el să simtă mediul spitalicesc ca pe unul familiar, să aibă senzaţia că este un oaspete privilegiat şi să i se dea posibilitatea să-şi destăinuie atât problemele strict medicale, cât şi pe cele psiho-sociale în care, de altfel, medicul curant aste implicat în mod inerent.

O altă problemă specifică bolnavului cronic este cea legată de explorările şi tratamentele invazive. Pacientul repetă experienţa durerii şi a efectelor adverse ale tehnicilor invazive, fapt ce îi poate spori anxietatea şi repulsia. Este de aceea important ca la prima experienţă de acest gen să se ia toate măsurile de pregătire psihologică şi de anaîgezie, astfel încât reacţiile adverse anticipate de pacient să fie minime. Mici concesii făcute bolnavului ca alegerea orei, a poziţiei preferate sau chiar a persoanei care efectuează manevra dureroasă, au efect benefic, contribuind la creşterea complianţei bolnavului.

în rezumat, medicul care tratează bolnavi cronici este departe de a avea dreptul să fie rutinat, este implicat total în rezolvarea problemelor medicale şi psiho-sociale ale pacientului, pe care trebuie să-1 câştige ca aliat în procesul complex al îngrijirii.

Bolnavul **terminal**

în pofida progreselor terapeutice realizate de medicina modernă, practic, în toate domeniile patologiei, rămân încă boli incurabile sau cazuri la care mijloacele terapeutice au eşuat. Oricât am dori să salvăm viaţa bolnavilor noştri, posibilităţile terapeutice îşi au limitele lor. îndârjirea în a aplica un tratament ineficient, dar care supune bolnavul unor efecte adverse inacceptabile poate fi la fel de condamnabilă ca şi abandonarea nejustificată a terapiei în cazuri cu potenţial de reversibilitate.

Agonia nu este doar un fenomen biologic, ci şi unul psihosocial, care are în centru bolnavul terminal, dar care implică familia în ansamblu şi personalul

medical. înţelegerea problemelor legate de bolnavul terminal este un prim pas spre înfruntarea şi eventual rezolvarea lor.

Conştientizarea iminenţei morţii este inevitabilă, fie că ea este comunicată pacientului ca atare, fie că el o intuieşte sau o descoperă. Bolnavul trebuie să facă faţă unei noi situaţii de criză pentru care nu este pregătit. Totul este ameninţător, în mod firesc sentimentul dominant este anxietatea, dar intervin respingerea, furia şi acceptarea inevitabilului.

Comunicarea diagnosticului de boală potenţial **letală** este obligatorie pentru a ne putea asigura de participarea bolnavului la terapia şi îngrijirea sa. Medicul curant este răspunzător de această sarcină care nu este un simplu verdict, ci un proces complex, desfăşurat în etape succesive. Mediul este cel spitalicesc dar se alege un ambient intim în care pacientul şi persoanele foarte apropiate să-şi poată exprima fără rezerve reacţiile ia şocul psihologic, Medicul trebuie să aibă o imagine clară asupra bolii şi prognosticului ei şi să fie pregătit cu răspunsuri competente la întrebările inerente care apar. Tonul discuţiei trebuie să fie moderat optimist, astfel încât bolnavul să înţeleagă că tratamentul căruia urmează să i se supună are intenţie curativă sau de ameliorare a calităţii vieţii sale. Oricum, prima reacţie este de respingere şi ea trebuie respectată, astfel încât nu trebuie perseverat în convingerea pacientului şi aparţinătorilor asupra certitudinii diagnosticului şi prognosticului, ci, din contră, utilizarea iniţială a noţiunii de „suspect de boală potenţial letală" este mai convenabilă. în următoarele întâlniri se dau detalii asupra bolii sub forma unui dialog în care răspunsurile se adaptează nivelului de înţelegere a pacientului, dar şi gradului de anxietate.

Comportamentul bolnavului terminal este variabil, în funcţie de structura psihică, manifestările clinice ale bolii şi vârsta pacientului. El îşi alege mijloacele de adaptare la noua situaţie fie prin respingerea diagnosticului, fie prin încredere în eficacitatea terapiei, fie prin resemnare.

Adaptarea bolnavilor terminali a fost studiată de Kubler-Ross, prin metoda interviului, care a identificat cinci stadii evolutive.

- Primul stadiu este de **respingere.** Bolnavul nu este capabil să înfrunte informaţia şi insistă că diagnosticul sau prognosticul este greşit. El solicită noi investigaţii sau părerea altor specialişti. în funcţie şi de simptomatologia bolii, acest stadiu nu durează mult.
- Al doilea stadiu este cel de furie. Pacientul se întreabă "de ce eu?" şi supărarea se revarsă asupra familiei şi personalului de îngrijire.
- în al treilea stadiu, bolnavul încearcă o negociere. Ea rezultă din perceperea propriei soarte ca pe o pedeapsă dar şi din faptul că trebuie să facă faţă unui număr de pierderi: slujba, resursele financiare, independenţa şi chiar părţi din corp.
- Al patrulea stadiu este de **depresie** şi rezultă firesc din conştientizarea eşecului negocierii. Bolnavul se simte mâhnit şi însingurat.

• Al cinciiea stadiu este de acceptare. Pacientul îşi redobândeşte liniştea, rupându-se de problemele vieţii cotidiene şi limitându-şi numărul de vizitatori.

Modelul propus de Kubler-Ross este important pentru înţelegerea reacţiilor bolnavului terminal şi pentru satisfacerea nevoilor sale în funcţie de acestea.

Copilul cu boală terminală reprezintă o problemă aparte. Părinţii sunt pregătiţi să-şi crească copilul, să-1 vadă dezvoltându-şi aptitudinile până devine independent. Deşi moartea unui copil pare un eveniment neobişnuit, chiar şi în ţările dezvoltate, sute de mii de copii mor anual, mai ales prin accidente, malformaţii congenitale, cancer, suicid sau sindromul morţii subite, un fenomen încă misterios prin care sugari aparent sănătoşi sunt găsiţi morţi în leagăn.

înţelegerea morţii unui copil ridică două aspecte psihologice importante: percepţia morţii la vârsta copilăriei şi reacţia familiei faţă de boala terminală a copilului.

Percepţia copilului trebuie înţeleasă şi respectată, ea depinzând în primul rând de procesele de bază ale dezvoltării cognitive, deci de vârstă. Copiii mai mici de cinci ani nu recunosc moartea ca pe un sfârşit, ci mai degrabă ca pe un fel de somn prelung, monoton şi inconfortabil, iar anxietatea lor se leagă de separarea de cei apropiaţi. Egocentrismul copiilor mici îi împiedică să vadă lumea din perspectiva unei alte persoane.

între cinci şi nouă ani, copilul dobândeşte o nouă perspectivă asupra morţii, percepând-o ca pe ceva sau cineva care poate să-î doboare. Deşi copilul înţelege moartea ca un final, el are o importantă trăsătură ego-protectoare, crezând că moartea poate ii evitată.

După vârsta de zece ani, copilul înţelege pe deplin conceptul de moarte, recunoscând-o ca pe ceva final şi inevitabil.

Anxietatea copilului legată de separare şi singurătate poate fi diminuată prin prezenţa persoanelor apropiate şi concentrarea pe trăirea cât mai intensă a clipei prezente.

Reacţia familiei la iminenţa pierderii unui copil este dramatică. Părinţii necesită suport psihologic pentru a-şi putea învinge disperarea şi sentimentele de culpabilitate. Aceasta se realizează prin informarea corectă din partea personalului medical şi este strict necesară pentru asumarea unui rol esenţial în îngrijirea copilului cu boală terminală. Contactul cu medicul curant continuă chiar şi după moartea pacientului.

Comportamentul medicului trebuie să fie expresia educaţiei şi autoeducaţiei sale. Reacţia emoţională a personalului medical faţă de bolnavul terminal este puternică, rezultând din dezamăgirea faţă de limitele medicinei şi sentimentul de zădărnicie a muncii prestate. Expresia acestor reacţii emoţionale trebuie reprimată până la o atitudine sobră de compasiune, fără însă a se ajunge la o atitudine de indiferenţă, care este de-a dreptul condamnabilă.

Controlul propriilor reacţii este pregătit din timp şi se bazează în primul rând pe evitarea identificării cu pacientul. în al doilea rând, implicarea în asistenţa bolnavului terminal este dominată de profesionalism şi nu de sentimentalism.

Sentimentul de însingurare resimţit la pierderea unui pacient este contracarat prin reluarea imediată a muncii şi stabilirea contactului cu ceilalţi pacienţi care necesită asistenţă,

în spitale occidentale au fost organizate recent grupuri de suport, conduse de psihologi, destinate personalului implicat în asistenţa bolnavilor terminali. Adesea, medicul intră într-o relaţie de sprijin emoţional reciproc cu familia pacientului. Aceasta poate fi benefică prin punerea la dispoziţie a unor informaţii necesare comunicării medicului cu pacientul, atât din raţiuni tehnice cât şi psihosociale.

în rezumat, asistenţa bolnavilor terminali este rezervată persoanelor cu o structură psihică echilibrată, pregătite să-şi controleze reacţiile, manifestând un comportament adaptat condiţiilor speciale ale acestui gen de activitate.

Locul îngrijirii bolnavului terminal nu este indiferent, iar decizia alegerii aparţine cu prioritate pacientului. El poate fi îngrijit la: spital, domiciliu sau "hospice".

L Spitalul a fost considerat, până recent, locul în care erau îngrijiţi majoritatea bolnavilor terminali, cu excepţia persoanelor în vârstă. Spitalul oferă un sentiment de relativă siguranţă, datorită prezenţei medicului curant, a echipei calificate de îngrijire cu care pacientul este familiarizat şi a accesului la mijloace tehnice de investigaţii şi tratament în caz de "pericol" (adică de iminenţă a morţii). Există însă certe dezavantaje care au determinat scăderea ponderii pacienţilor care aleg această variantă. Costurile spitalizării devin nejustificat de mari faţă de beneficiile aduse. Spitalul rămâne şi azi un mediu ostil, generînd sentimente de izolare, discomfort, frustrare de linişte şi intimitate. Cel puţin din motive epidemiologice, contactele bolnavului cu persoanele apropiate sunt limitate,

2. Acasă bolnavul se bucură din plin de apropierea familiei, de ambientul cu care este obişnuit şi de intimitatea necesară. Menţine contactul telefonic cu medical curant, ale cărui sarcini sunt preluate de medicul de familie, îngrijirile medicale se fac de către nurse calificate pentru îngrijire paliativă la domiciliu. Dezavantajul constă în limitarea la minim a dotării tehnice necesare îngrijirii.
3. Hospice este o instituţie specializată în îngrijirea bolnavilor terminali, iniţiată, în concepţia modernă, de Cicely Saunders, în 1978, la Londra. Accesibilitatea la hospice este încă limitată. Există patru domenii în care hospice diferă de spitalul tradiţional şi toate sunt menite să amelioreze îngrijirea psihosocială şi medicală a pacientului cu boală terminală:

a) Concentrarea este pe individ ca persoană, nu ca şi caz medical, ceea ce contracarează tendinţa de dezumanizare a asistenţei spitaliceşti.
b) încurajează şi facilitează contactele familiale, asigurând sprijin psihosocial complex.
c) Terapia este exclusiv paliativă, menită să amelioreze calitatea vieţii pacientului.
d) Personalul este calificat pentru satisfacerea nevoilor bolnavului terminal, reprezentat mai ales de nurse, asistenţi sociali şi psihologi.

Terapia paliativă. în sens larg, prin terapie paliativă se înţelege un tiatament care atenuează sau suprimă simptomele unei boii şi care are doar un efect trecător, termenul incluzând astfel noţiunea de tratament simptomatic în general. în sens restrâns, paiiaţia se referă la tratamentul adresat bolnavului terminal pentru care fie nu există tratament specific, fie acesta nu a fost eficient.

Medicaţia de bază în terapia paliativă este cea simptomatică ce vizează atenuarea durerii şi a suferinţei fizice în general. Este deci destinată să prelungească viaţa bolnavului şi să-i amelioreze calitatea vieţii, cu respectarea demnităţii umane.

XX. Medicină şi religie

Mentalităţile sunt sinteze colective de prejudecăţi. Ele domină la un moment dat o anumită etapă istorică şi, decând lumea, fiecare epocă a fost marcată de propriile sale moduri de percepere şi de examinare a realităţii. O asemenea prejudecată este şi pretinsa incompatibilitate dintre adevărul ştiinţific şi adevărul religios, dintre valorile credinţei şi valorile cunoaşterii, sau în ultimă instanţă, dintre natural şi supranatural

Este adevărat ca raporturile dintre ştiinţă şi religie comportă uneori aspecte delicate, deoarece modelul lumii susţinut de oamenii de ştiinţă se doreşte a fi unul raţional, bazat pe observaţie şi experiment, spre deosebire de cel propus de teologi, care, fundamentat pe Revelaţie, poate să ne apară la prima vedere "iraţional". Suntem predestinaţi să răspundem schemelor noastre mentale şi posibilităţilor tehnice de care dispunem la un moment dat, iar adevărul pe care căutăm să-1 extragem dintr-o realitate imediată şi limitată, concreta, se doreşte a fi susţinut de raţionamente şi experimente.

Pentru că spiritul rătăceşte printre fenomene, ignorând de multe ori esenţele, există pericolul ca tot ce nu poate intra în schemele noastre de recepţie şi interpretare sau, cu alte cuvinte, în sistemele curente de prejudecăţi, să ne ofenseze sau chiar să ne sperie.

Orice valoare a posibilităţilor tehnologiilor moderne şi a pericolelor generate de acestea va trebui să plece de la adevărul care presupune originea transcendentă şi destinul etern al fiinţei umane. Altminteri, dacă fizicul va reuşi să triumfe **fără** scrupule şi complexe, există pericolul ca persoana să fie redusă doar la o nulitate iară ţeluri şi speranţe.

Adevărata revelaţie a omului de ştiinţă constă în descoperirea iubirii ca lege supremă a naturii vii. Este vorba despre acea iubire care se regăseşte la temelia învăţăturii lui Hristos şi care reprezintă esenţa moralei creştine. Cât despre smerenia ştiinţei în faţa lui Dumnezeu, nu înseamnă nicidecum că aceasta poate fi umilită, ci dimpotrivă, potenţarea ei, întrucât orice întâlnire cu divinul îmbogăţeşte şi dă măreţie.

Considerând că Dumnezeu reprezintă în primul rând cauza primară şi abia apoi scopul ultimul a tot ce există, putem afirma cu curaj că adevărata ştiinţă nu înseamnă altceva decât modalitatea de a descifra semnele voinţei şi raţiunii divine. Dar dacă vom constata în lumea noastră că nu mai este nevoie şi loc pentru Dumnezeu, atunci probabil vom rămâne doar cu mirarea că după atâta deşteptăciune şi progres ştiinţific, Lumea în loc să tindă spre transfigurare, se va transforma, treptat, în infern.

în epoca diversificării prin tehnică a practicilor medicale, redarea sensurilor sale revine disciplinelor medicale umaniste cum ar fi **bioetica, deontologia** şi **psihologia medicală** care pledează pentru revigorarea principiilor morale ale

medicinii. Astfel noile curente neohipocratice tind a adapta morala medicală clasică la evoluţia actuală a medicinii.

Boala este mai mult decât un fapt clinic circumscris din punct de vedere medical. Medicul trebuie să posede pe lângă competenţa profesională, o conştiinţă a valorilor şi a semnificaţiilor prin care să dea sens bolii şi propriei munci şi să facă din fiecare caz clinic o întâlnire umană.

într-un concept de pedagogie medicală modernă, medicul trebuie **să** ştie să ştie să **facă şi să** ştie **să fie medic.**

Unitatea dintre a şti şi a şti **să** fie atesta complementaritatea dintre competenţă şi datorie morală în realizarea actului medical, motiv pentru care în medicină competenţa devine o datorie morală.

De aceea pe lângă cunoştinţele medicale, indispensabile succesului profesional, medicul trebuie să ştie să dispună şi de o înaltă cultură umanistă şi sensibilitate, în scopul de a valoriza la maximum actul său în interesul oamenilor şi al societăţii. în alegerea nobilei profesiuni medicale este importantă vocaţia, motivaţia autentică a ajutorului interuman prin credinţă, medicină şi sensibilitate umană.

Profesorul luliu Haţieganu spunea "ştiinţa medicală e cea mai apropiată de suflet, fiind cea mai apropiată de om" dar nu uita să adauge "munca medicului nu e nici aparatul, nici seringa, ci inima şi sufletul lui bune, faţă de cel suferind. Să respectăm legea hipocratică: unde e iubire de om e şi iubire de artă medicală."

Atitudinea faţă de suferind e de ajutător, sfătuitor, vindecător, educator, medicul fiind un apostol al moralei.

Inevitabil, boala este legată de condiţia umană, iar severitatea ei este generatoare de suferinţă fizică şi psihică.

Odată instalată, boala reuşeşte să zdruncine fiinţa umană, deterrninând-o sa-şi pună întrebări despre fundamentele existenţei sale. Pe de altă parte, ştiinţa şi tehnologia au impregnat excesiv spaţiul de organizare al serviciilor de sănătate, împingându-l pe omul bolnav puţin câte puţin spre marginea propriei sale existenţe. în aceste condiţii, relaţia medic-pacient va trebui să capete dimensiuni noi în care este necesar a se da ştiinţei un sens uman, iar existenţei şi creaţiei omului un sens divin.

Meseria de medic este în prim **ui** rând credinţă, apoi **ştiinţă şi nu în ultimu! rând cultură.**

Spiritualitatea creştină afirmă că ştiinţa vindecării o avem de ia Dumnezeu, iar El a dat-o medicilor pentru a-i îngriji pe cei aflaţi în suferinţă. Atât prin arta sa cât şi prin medicamentele pe care le prescrie, medicul în mod conştient sau inconştient, nu face decât să pună în lucrare energiile dumnezeieşti.

Medicul creştin are obligaţia de a-l asista pe pacient cu gândul la Dumnezeu, aprofundând propria existenţă, limpezindu»şi filozofia vieţii şi fortificându-şi credinţa.

De aceea, i se cere medicului să dea actului medical un sens creştin, adică să ţină de dimensiunea spirituală a omului, ajutâdu-î să-şi asume starea şi să depăşească astfel încercările la care acesta este supus.

Privită sub aspectul ei practic caritatea creştină reprezintă exemplul concret al iubirii faţă de oameni. Este vorba despre acea iubire unică şi universală, spontană şi respectuoasă, care nu este nici lipsă, nici potentă, nici pasiune, nici prietenie, ci acea dragoste care-i iubeşte până şi pe duşmani şi care în textele greceşti ale scripturilor este numită "agape" sau "philantropos".

Pe lângă metodele medicale din ce în ce mai perfecţionate, rămâne încă mult loc pentru ca în completare să se intervină şi cu metodele psihoterapiei religioase, bazate pe religie şi pe credinţă ceea ce declanşează o fortificare a structurilor psiho-fîzice ale bolnavului.

Religia transmite prin Sfintele Taine energia harului divin lucrătoare în om printr-o sinergie dintre voinţa divină şi voinţa umană, dacă ne aducem aminte de cuvintele Mântuitorului Hristos: "vrei să te faci sănătos?...Fie ţie după credinţa ta!"

Propăvăduind prin cuvânt şi faptă lisus Hristos a vindecat oameni, îngrijindu-le atât sufletele cât şi trupurile, adică fiinţa umană în integralitatea ei.

Biserica lui Hristos a fost de la început o comunitate tămăduitoare, iar vindecarea a reprezentat o parte integrantă a evanghelizării apostolice.

Bolile incurabile nu-1 înspăimântă pe creştin, pentru că el crede în Viaţa de Apoi. De aceea nici în timpul celor mai grave epidemii, creştinii nu au încetat să se îngrijească unul pe altul Darul vindecării era considerat ontologic, iar ştiinţa de a trata de provenienţă dumnezeiască.

Pentru adevăratul creştin nu există stare de nefiinţă, moartea reprezentând doar o trecere, iar părăsirea trupului o treaptă superioară în viaţa duhovnicească. De aceea datoria preotului este să înveţe şi să pregătească bolnavii în acest sens.

Sfintele Taine, precum Botezul, Spovedania, împărtăşania şi Maslul sunt apreciate de creştin ca având o mare putere terapeutică. Profilaxia şi tratamentul bolilor se făcea prin respectarea virtuţilor creştine cum ar fi credinţa, nădejdea şi dragostea, dar şi prin săvârşirea de fapte bune precum rugăciunea, postul şi participarea la Sfânta Liturghie. întreaga tradiţie a Bisericii Ortodoxe subliniază unitatea corpului uman şi comunitatea de destin spiritual al sufletului şi trupului, numindu-1 pe lisus Hristos **"Doctor al sufletului şi a! trupului".**

Nădejdea şi credinţa în Hristos reprezintă o atitudine care include ataşamentul faţă de mesajul şi persoana Lui.

Evangheliile arată deseori speranţa celor care îl aşteaptă pe Hristos sau care îl cheamă în ajutor când sunt cuprinşi de boală, disperare şi durere.

Creştinismul a reuşit să dezvolte adepţilor săi noţiunea de caritate, ca principiul unităţii dintre persoane.

Un alt concept creştin este dragostea pentru semeni. Miza iubirii faţă de oameni nu este altceva decât viaţa veşnică "cel ce rămâne în iubire rămâne în Dumnezeu, iar Dumnezeu rămâne întru El".

Atitudinea biblică faţă de medicină este exprimată în Cartea lui Iisus:

"Cinsteşte pe doctor cu cinstea care i se cuvine, că şi pe el l-a făcut Domnul.

Domnul a zidit din pământ leacurile şi omul înţelept nu se va scârbi de ele...şi El a dat oamenilor ştiinţă ca să se mărească întru leacurile Sale cele minunate."

Aşa cum recomandă Sfinţii Părinţi "Medicina este folositoare şi necesară neamului omenesc" şi "în numele Domnului ne încredinţăm noi medicilor, crezând că El ne va da vindecare prin ei".

Pentru a fixa teologic relaţia preot-pacient există o carte de slujbă "de uz intern" a Bisericii Ortodoxe, numită Molittelnic. Aici se află o mare parte din medicamentele duhovniceşti pe care Preotul le administrează după reţeta Doctorului suprem: Iisus Hristos. Aici avem, pe lângă Slujba Sfântului Maslu, rugăciuni: la toată neputinţa, pentru chemarea milei lui Dumnezeu, pentru dureri de cap, pentru bolnavul care nu poate dormi, etc. Alcătuite într-un limbaj relaţional, ele nu sugerează doar existenta bolii în sine, ci definesc numele bolilor pomenite.

Molitfelnicul rămâne cartea de medicină generală a preotului. Aici se pune în acord o terminologie comună, iar preotul şi medicul au, cel puţin la nivel de vocabular, un limbaj comun. Omul bolnav aşteaptă vindecare deplină, de la preot prin har, de la medic prin dar.

Mitropolitul Hierotheos Vlachos sintetizează în cartea Psihoterapia Ortodoxă că "Teologia este în corelaţia cu sănătatea şi lupta pentru vindecare. Este în principal şi înainte de orice, o ştiinţă terapeutică."

Cât priveşte rolul preotului pentru bolnav, acesta este la fel de important, fiind înzestrat cu marile taine: spovedania, împărtăşania şi maslul. Preotul trebuie *să-i înveţe pe* oameni sa se ajute, cfupâ cuvântul Sfântului Apostol Pavel: "Purtaţi-vă sarcinile unii altora şi aşa veţi împlini legea lui Hristos." Bolnavul trece simultan printr-o criză a credinţei. Trebuie ieşit în întâmpinarea lui, să ajungi la casa sufletului lui, să faci să se reverse peste ea pacea lui Hristos.

In momentul de faţă, pe plan mondial, există o mişcare privind dezvoltarea cooperării între personalul medical şi preot în beneficiul celui asistat. Studiile efectuate în mai multe ţări au arătat faptul că în spitalele unde există preoţi, aprecierile pacienţilor privind calitatea îngrijirilor acordate sunt semnificativ pozitive, deoarece le-au fost satisfăcute atât nevoile fizice cât şi cele spirituale.

Medicul şi preotul nu trebuie să lase bolnavii să se simtă singuri "trebuie să ie acorde îngrijirile cuvenite, învăţătură, sfat, sprijin."

Relaţia medic-preot trebuie condusă după un principiu activ aconfesional şi în baza întâlnirii a două bunăvoinţei.

Relaţia medic-preot este văzută de Sfiinţi Părinţi astfel: "Fericit este medicul care nu se îngreţoşează de rănile celor bolnavi şi preotul care nu cade din cauza păcatelor păstoriţilor săi, căci cel dintâi va vindeca rana, iar cel de-al doilea va putea însănătoşi mintea şi sufletul".

Medicul şi preotul nu trebuie să uite că bolnavii caută ajutor şi respect, dorind să fie trataţi ca persoane cu demnitate şi valoare, chiar dacă duc jugul unei realităţi dureroase. Este necesară insuflarea încrederii că situaţiile lor nu sunt lipsite de speranţă, deoarece în ciuda tuturor dificultăţilor, există încă numeroase resurse. O asemenea atitudine va determina restabilirea echilibrului a sentimentului de încredere şi de speranţă înlesnind o ameliorare a suferinţei fizice şi spirituale.

Legătura sufletească ce se stabileşte între preot şi medic faţă de bolnav îi transformă în prieteni şi sfătuitori, naşte încredere, dă speranţe, putere şi sănătate.

N.Paulescu: "Dacă voiţi să fiţi perfecţi, îngrijiţi bolnavul nu ca pe un om, nu ca pe un frate care suferă, ci ca pe însuşi Dumnezeu".

Vieţuind într-o societate materialistă, în care deseori valorile sunt ignorate, prin respectul său faţă de darul pe care îl constituie viaţa, faţă de persoana umană şi finalitatea vieţii, cel bolnav poate deveni o mărturie vie a faptului că în comuniune cu Dumnezeu, viaţa omului are sens şi o valoare unică chiar şi atunci când este marcată de suferinţă. El poate spune ca apostolul Pavel: "totdeauna purtând în trup mersul spre moarte al lui lisus, aşa ca şi viaţa lui lisus să se arate în trupul nostru". "De aceea nu pierdem din curaj; dimpotrivă, chiar dacă omul nostru cel din afară se trece, cel dinăuntru se înnoieşte din zi în zi".

Medicul care trăieşte cu crezul în creştinism înţelege şi simte "comuniunea între Dumnezeu şi oameni, între ceresc şi pământesc, între vii şi morţi - comuniune prin care toate problemele vieţii noastre sunt întrutotul rezolvate".

Forţa medicului, gândul cel bun, vorba cea caldă spusă bolnavului pe care îl însănătoşeşti sunt de la Dumnezeu, care-1 redă astfel vieţii pământeşti.

în loc de concluzie aş vrea să-mi exprim părerea asupra definiţiei medicinii, pentru a aşeza la locul potrivit spiritualitatea în actul medical: "Medicina este credinţă în Dumnezeu şi ştiinţă a preîntâmpinării şi vindecării bolilor".

XXL Bioetica medicală şi morala creştină

Una dintre trăsăturile caracteristice ale acestui început de mileniu o reprezintă fără Îndoială nevoia de bioetica a omenirii. Născută în SUA la începutul anilor '70, bioetica este rezultatul multiplelor probleme şi nelinişti care au început să se ivească în urma transformărilor intervenite în biologie şi medicină. Până ia acea perioadă, etica medicală iacea referire doar la un anumit tip de comportament uman, când un medic lua o decizie în situaţiile care-i ofereau mai multe variante de alegere.

Postulatele etice de odinioară sunt astăzi pline de turbulenţe, deoarece ştiinţa nu este întotdeauna capabilă să furnizeze şi regulile morale ale aplicării sale în practică, iar pentru că responsabilităţile omului de ştiinţă au devenit din ce în ce mai mari, nici multitudinea de opinii şi nici raţionamentele nu pot să-l ajute întotdeauna cu adevărat.

Medicina, ca ramură a ştiinţelor, pierzând din vedere faptul că misiunea sa fundamentală este aceea de a îngriji şi preveni bolile şi handicapurile, a căutat să se implice tot mai mult, atât în ameliorarea calităţii şi comfortului vieţii, cât şi în modificarea capacităţilor fizice şi spirituale ale corpului omenesc. în această goană după performanţă, medicul ca om de ştiinţă, absorbit de tehnică şi tentat să exploateze multiplele posibilităţi care i-au fost oferite, a început puţin câte puţin să se îndepărteze atât de omul cu corpul său cât şi de problemele sale existenţiale. Astfel supramedicaîizarea a devenit realitate, iar ameliorarea rasei umane prin diverse mijloace, apare ca un mare pericol care ameninţă atât individul cât şi societatea.

Desigur, nu numai etica medicală se clatină datorită hărţuirii ştiinţifice, tehnice şi economice, turbulenţe etice datorită progresului fiind semnalate în aproape toate celelalte domenii de activitate. Fără îndoială, dezvoltarea tehnologiei după criterii de profit a crescut puterea umană asupra naturii, făcând viaţa mai uşoară. Dar minimalizarea riscurilor şi maximalizarea beneficiilor, relaxarea autocontrolului şi autoconstrângerii au generat în final o criză morală a societăţii anonime şi anomice, în care riscurile estompării drepturilor suverane şi inalienabile ale persoanei apar inevitabil. De foarte multe ori cele două călăuze ale ştiinţei, utilitatea şi eficacitatea, nasc conflicte de conştiinţă între riscuri şi beneficii, între cercetători şi opinia publică.

Dar, pentru ca ştiinţa să devină soclul bioeticii, va trebui ca ea să fie eficientă din punct de vedere uman, fără a fi însă opresivă, iar aplicarea ei este necesar să se facă după principii morale şi juridice, adică să respecte libertatea umană, să ţină seama de valorile fundamentale ale spiritualităţii umane, să fie aprobată de opinia publică şi indemnizată în cazul prejudiciilor aduse persoanei, în mod inevitabil, cercetările pe om trebuie să respecte dimensiunea naturală, sacră a demnităţii sale.

Dezvoltarea ştiinţei după criterii de profit poate avea şi efecte negative precum estomparea dreptului la viaţa privată, riscul de a crea o imagine necontrolată a puterii ştiinţei şi implicit de încălcare a consensului de opinie publică. Pe de altă parte ştiinţa şi tehnologia ocupă un loc primordial în spaţiul de organizare al serviciilor de sănătate, iar individul bolnav se vede astăzi împins puţin câte puţin spre marginea propriei sale existenţe. Astfel relaţia medic-pacient începe să capete dimensiuni noi, care privilegiază ştiinţa şi defavorizează arta.

Epidemiologia şi ecologia scot tot mai mult în evidenţă delicatul echilibru al sistemelor vii: un progres realizat într-un loc poate provoca în altă parte un regres. Bolile civilizaţiei, cum ar fi maladiile cardio-vasculare, bolile genetice, diversele tipuri de cancer, aduc în discuţie noi tipuri de responsabilităţi din ce în ce mai complexe, iar moralitatea seculară, neputând realiza acea ghidare metafizică pe care oamenii o caută în faţa suferinţei, handicapului sau a morţii, poate doar autoriza diverse persoane, comunităţi sau naţiuni, dar acestea rămân doar simple creaţii estetic morale de suprafaţă.

Fiind un loc de reflexie interdisciplinar, bioetica este nevoită să diferenţieze conflictele de valori, stabilind direcţii de conduită pentru îmbunătăţirea vieţii umane. Regrupând diversele specialităţi aparent fără nici o legătură una cu alta, ea va căuta sa atragă atenţia asupra multiplelor dimensiuni specifice unei situaţii, punând în evidenţă atât punctele forte cât şi cele slabe. Astfel va lua naştere un dialog critic care va încerca să reconcilieze diferenţele de păreri, cu menţinerea spectrului profund dintre părţi, urmărindu-se în final dezvoltarea unui angajament responsabil în serviciul vieţii umane.

Morala seculară, care caută să domine în acest început de veac societăţile umane, nu poate asigura unitatea moralităţii, aceasta putând fi justificată doar prin recunoaşterea lui Dumnezeu Atotputernicul. în fond universul îşi păstrează cu zgârcenie secretele, dezvăluindu-se treptat, prin eforturile imense ale omenirii. Trebuie înţeles însă că aceste zbateri umane, care sunt lăudabile, fac parte din planul divin care ne-a înzestrat cu inteligenţă, recunoaşterea lucrurilor şi fenomenelor, ca prin ele să ajungem la cunoaşterea lui Dumnezeu. Dar, dacă astăzi ştiinţa umană se găseşte la *„cum"* şi probabil acolo va rămâne, teologia şi credinţa merg la „ce"-ul existenţei prin transcendenţa fenomenului. De asemenea raţiunea seculară nu poate garanta armonia dintre adevăr şi bine, dând de cele mai multe ori greş în construcţiile mentale legate de moralitate.

In sens biologic, nu putem considera omul numai o fiinţă pro-creatoare identică animalelor, de îndată ce, prin cultura şi civilizaţia pe care a construit-o, el a reuşit să demonstreze că poate fi creator. Dar a depăşi natura nu înseamnă că aceasta va fi negată sau siluită, ci atât cultura cât şi civilizaţia, au datoria să se armonizeze atât cu natura cât şi cu Creatorul ei. De aceea nu este suficient ca omul de ştiinţă să exprime doar **Credo in Deum** (Cred în Dumnezeu), ci el trebuie să fie categoric afirmând **Scio Deum esse** (Ştiu că există Dumnezeu).

Astfel orice evaluare a posibilităţilor tehnologiilor moderne şi a pericolelor generate de acestea, va trebui să plece de la adevărul care presupune originea

transcendentă şi destinul etern al fiinţei umane. Altminteri, dacă fizicul va reuşi să triumfe fără scrupule şi complexe, există pericolul ca persoana să fie redusă doar la o nulitate fără ţeluri şi speranţe.

Adevărata revelaţie a omului de ştiinţă constă în descoperirea iubirii ca lege supremă a naturii vii. Este vorba despre acea iubire care se regăseşte la temelia învăţăturii lui Hristos şi care reprezintă esenţa moralei creştine. Cât despre smerenia ştiinţei în faţa lui Dumnezeu, nu înseamnă nicidecum că aceasta poate fi umilită, ci dimpotrivă, potenţarea ei, întrucât orice întâlnire cu divinul îmbogăţeşte şi dă măreţie.

Considerând că Dumnezeu reprezintă, în primul rând cauza primară şi abia apoi scop ultim a tot ce există, putem afirma cu curaj că adevărata ştiinţă nu înseamnă altceva decât modalitatea de a descifra semnele voinţei şi raţiunii divine. Dar dacă vom constata în lumea noastră, că nu mai este nevoie şi loc pentru Dumnezeu, probabil, vom rămâne doar cu mirarea că, după atâta deşteptăciune şi progres ştiinţific, Lumea, în loc să tindă spre transfigurare, se va transforma, treptat, în infern.

Civilizaţia de astăzi a creat o disociere între dezvoltarea culturală a omului şi evoluţia sa genetică, l~a îndepărtat pe acesta de natură, prin arme create artificial, a înlocuit relaţiile interpersonaîe, care fac cunoaşterea umană contra-agresivă, cu altele impersonale. în acest context creat de civilizaţia modernă, medicul, urmărind itinerarul biologic al individului de la naştere până la moarte este pus în faţa unor multiple dileme şi conflicte de conştiinţă. în această situaţie creată, el va fi nevoit, în primul rând, să dea dovadă de respectul absolut al fiinţei umane, situându-se într-un permanent echilibru între antiteze, între ştiinţă şi semnificaţia sa, între practica medicală şi valorile umane. De aceea, întotdeauna este necesar a se da ştiinţei un sens uman, iar existenţei şi creaţiei omului un sens divin.

în ultimele decenii, situaţia morală a medicului a devenit în mod clar mai dificilă, mai complexă, pentru că progresului enorm din domeniul cunoaşterii şi a capacităţilor nu-i corespunde întotdeauna şi o creştere a forţei morale. Ceea ce poate face astăzi chirurgia, medicina de transplant, dar şi noile domenii ale geneticii, ale medicinii de reproducere, ţine probabil de aventurile fascinante ale istoriei umanităţii. Totuşi, tot ceea ce se poate face, trebuie neapărat transpus în practică? Capacitatea virtuală de donare a omului este obligatoriu să fie concretizată prin indivizi clonaţi? Omul nu mai meditează asupra scopurilor şi valorilor spre care trebuie să tindă cu forţele sale. Progresul medical ia tot mai mult proporţii, dar este tot mai puţin clar dacă serveşte sau nu binelui general.

In conflictele morale ale timpului nostru, nimic nu pare mai convingător decât exemplul trăit. Este oare pe cale de dispariţie lumea spirituală a lui Hipocrate sau cea a lui Isus, fiul lui Sirah? Primul, simbolizează *„ştiinţa şi conştiinţa "* în arta de a vindeca, iar iudeul este un înţelept al vieţii practice.

Fără îndoială celebrul jurământ a lui Hipocrate este cel care face referire la marile probleme ale practicării profesiunii de medic şi rămâne alături de reflecţia

lui Isus, fiul lui Sirah, fundamentul tuturor discuţiilor în materie de deontologie medicală.

Invocarea solemnă a zeilor tămăduitori de la începutul textului nu întrezăreşte nimic transcedentar, ci doar un respect al ierarhiei valorilor profesionale, prin înălţarea spiritului deasupra materiei. *„Jur pe Apoîlo medicul, pe Aesculap, pe Hygeia şi Panakeia şi pe toţi zeii şi zeiţele pe care îi iau ca martori, că voi împlini complet, după puterea şi judecata mea acest jurământ şi acest legământ scris,"*

în continuare, textul jurământului insistă pe două însuşiri fundamentale ale practicii medicale: moralitatea şi profesionalismul. *"Voi considera pe cel ce m-a învăţat această artă egal părinţilor mei şi voi împărţi cu el cele necesare traiului şi dacă va avea nevoie îi voi da ajutor, socotindu-i pe urmaşii lui cape fraţii mei şi învăţându-i fără plată sau legământ scris arta, dacă vor avea nevoie să şi-o însuşească. îi voi ajuta prin precepte, lecţii şi toate celelalte învăţături pe copiii mei, pe aceia ai dascălului meu sau pe elevii care au făcut legământ scris şi jurământ după legea medicală şi pe nimeni altul "*

Prin exprimarea principiului „primum non nocere", se aduce în discuţie probitatea profesională a medicului. "Voi întrebuinţa regimurile în folosul celor bolnavi, după puterea şi judecata mea şi mă voi feri a-î vătăma şi să-1 nedreptăţesc."

Respectul vieţii, prin nepracticarea eutanasiei şi avortului, impune profesiunii medicale nobleţe şi umanism. "Nu voi da nimănui un medicament care să-i provoace moartea şi nici nu voi sugera o asemenea intenţie. De asemenea nu voi aplica vreunei femei un pesar abortiv".

Pentru a câştiga încrederea pacienţilor săi, jurământul recomandă medicului un comportament desăvârşit, printr-o viaţă petrecută "în puritate şi sfinţenie".

în continuare, se fac referiri la câteva practici medicale vechi, cu un grad mare de risc pentru pacienţi, cum ar fi operaţia litiazei vezicale. *"Nu voi face litotomie, ci o voi lăsa în seama bărbaţilor care execută această practică".* Se poate presupune că este vorba despre o specializare între diferitele şcoli medicale, urmate de o divizare a competenţelor.

Deosebit de valoroasă din punct de vedere a conţinutului etic este referirea la respectul pacientului şi păstrarea secretului profesional.

*"In toate casele în care voi merge, voi intra pentru folosul bolnavilor, străin de orice nedreptate voluntară şi vătămătoare şi de alte fapte nedemne faţă de femei şi de bărbaţi, de oameni liberi sau de sclavi. Asupra celor ce voi vedea sau auzi în timpul tratamentului şi în afara tratamentului privind viaţa oamenilor şi care nu trebuie divulgate în afară, voi păstra tăcerea socotind că nu trebuie spuse **

încheierea jurământului se face printr-o formulă care vrea să se constituie într-o modalitate de asigurare a respectării tuturor perceptelor enunţate. în caz de abatere de la jurământ sunt solicitate chiar consecinţe punitive.

"Dacă voi executa astfel în chip desăvârşit acest jurământ şi nu îl voi călca, să mă bucur de viaţă şi de artă, stimat totdeauna de toţi oamenii, iar dacă îl voi călca să mi se întâmple dimpotrivă ".

Profundul umanism care caracterizează perceptele deontologice ale acestui jurământ îi conservă şi azi valoarea. Prestigiul său a fost necontestat atât în lumea creştină cât şi în cea musulmană. Toate formulările de mai târziu ale jurămintelor profesionale medicale vor avea la bază doctrina deontologică a jurământului lui Hipocrate.

Astfel, prin conştiinţa dragostei pentru profesiunea lor, cei care practică medicina vor trăi morala medicală ca permanentă sursă de aspiraţie în slujirea vieţii care este infinită. Secole de-a rândul, generaţii de absolvenţi ai şcolilor de medicină din întreaga lume îşi vor rememora la începutul carierei lor sacrele îndatoriri al cărei suprem judecător va fi întotdeauna propria conştiinţă.

Asemenea lui Hipocrate, înţelepciunea lui Isus, fiul lui Sirah vine dintr-o lume în care sănătatea şi boala, viaţa şi moartea[9] pacientul şi medicul, omul şi natura sunt văzute într-o strânsă legătură: lumea este creaţia lui Dumnezeu, opera înţelepciunii Sale. Dacă are inimă bună şi o viaţă dreaptă, omul poate să cerceteze această înţelepciune, să participe la ea şi astfel să-şi îndrepte şi să-şi îmbunătăţească viaţa. Medicul participă şi el la înţelepciunea lui Dumnezeu, pentru că Acesta este Cel care~i luminează mintea, ca să constate cauzele bolilor şi îi arată *„căi de vindecare"* căci *„şi el se va ruga DomnuluF.*

Biserica lui Hristos, înzestrată de Dumnezeiescul ei întemeietor cu toată plinătatea darurilor Duhului Sfânt, a fost de la început o comunitate tămăduitoare, şi la fel şi azi prin ritualul Sfintei Spovedanii, ea aduce aminte copiilor ei, că au intrat ca într-o infirmerie pentru a ieşi vindecaţi.

„Fiul meu, [...] cinsteşte pe doctor cu cinstea care i se cuvine, că şi pe el l-a făcut Domnul Că de la Cel Preaînalt este leacul şi de la rege va lua dar [..,] Domnul a zidit din pământ leacurile, şi omul înţelept nu se va scârbi de ele [...] şi El a dat oamenilor ştiinţă ca să Se mărească întru leacurile Sale cele minunate. Cu acestea tămăduieşte şi ridică durere: şpiţerul cu acestea va face alifiile. Nu este sfârşit lucrurilor Domnului şi pace de la El este peste faţa pământului Fiule! în boala ta nu fi nebăgător de seamă; ci te roagă Domnului şi El te va tămădui Depărtează păcatul şi întinde mâinile spre faptele drepte şi de tot păcatul curăţeşte inima ta [..,] şi doctorului fa-i loc, că şi pe el l-a făcut Domnul, şi să nu se depărteze de la tine, că şi de el ai trebuinţă. Că este vreme când şi în mâinile lui este miros de bună mireasmă. Că şi el se va ruga Domnului ca să dea odihnă şi sănătate spre viaţă" .(Sin 38, 1-2,4,6-10; 12-14).

Oare astăzi lumea spirituală a lui Hîpocrate şi Isus, fiul lui Sirah, cu datele ei morale şi religioase, este pe cale de dispariţie? Cum o să arate ea mâine, când schimbările rapide din societatea noastră şi în special cele din lumea medicală, se confruntă cu provocări morale noi şi tot mai complexe?

Privind lucrurile cu obiectivitate, chiar şi din perspectiva credinţei, trebuie să recunoaştem că în ultimele decenii medicina a înregistrat un progres uluitor. Dar acest efort întâmpină bariera preţurilor tot mai ridicate.

Serviciile medicale se supun din ce în ce mai mult legilor economiei de piaţă, iar pacienţii au devenit inevitabil marfa acestora. Ce ar avea de spus Hipocrat sau Isus, fiul iui Sirah, despre noţiuni precum: *„marketingul serviciilor de sănătate", „piaţa de sănătate", „liste de aşteptare",* etc?

Pe de altă parte dificultăţile în finanţarea sistemelor de sănătate au stimulat eforturile de raţionalizare ale acestora, fapt care atrage după sine o serie de inconveniente, precum limitarea accesului la îngrijiri, care ar putea fi folositoare pentru dobândirea şi/sau menţinerea stării de bine a pacientului. Când resursele sunt reduse, planificatorii serviciilor de sănătate vor stabili ce va fi raţionalizat. Acestor inechităţi ale economiei de piaţă s-ar putea să le cadă victime categoriile defavorizate precum săracii, bătrânii, femeile şi copiii.

Din punct de vedere moral, raţionalizarea impune restricţia dreptului de alegere a individului, limitând în final libertatea de exprimare şi mişcare a societăţii în totalitatea ei. Din altă perspectivă creşterea ameţitoare a preţurilor din sistemul sanitar, reduce banii disponibili ai societăţii, care ar putea fi folosiţi pentru locuinţe, educaţie, transport, etc.

Oare ce răspunsuri creştine putem aştepta de la provocarea unor realităţi elocvente? Cred că etica noastră medicală trebuie să pornească de la ideea că indivizii au aceeaşi valoare şi îi priveşte pe toţi cei care au nevoie de îngrijiri, iar ei trebuie abordaţi în primul rând ca oameni, a căror viaţă este un bun care merită din plin să fie salvată. Iată de ce astăzi este nevoie, poate mai mult ca oricând, ca Biserica să lupte cu răbdare şi insistenţă pentru găsirea consensului în problemele cheie de morală ale acestui început de veac.

Inevitabil boala este legată de condiţia umană, iar cruzimea ei este generatoare de suferinţa fizică şi psihică. Chiar sub masca sănătăţii, fenomenele biologice pot depăşi frontierele normalului şi este suficient ca unul dintre mijloacele de apărare ale organismului să slăbească pentru ca boala să apară într-o formă sau alta.

Deşi au fost emise numeroase percepte despre sănătate, noţiunea pare greu de definit, scăpând deocamdată capacităţii noastre de concepţie, pentru că armonia funcţională dintre trup şi suflet, adică sănătatea deplină şi perfectă, după care omul aspiră, a existat doar în Rai şi va exista după înviere.

Odată instalată, boala reuşeşte să zdruncine fiinţa umană determinând-o saşi pună întrebări despre fundamentele existenţei sale. în această situaţie relaţia medic-pacient va trebui transpusă pe coordonate noi în care este necesar a se da ştiinţei un sens uman, iar existenţei şi creaţiei omului un sens divin.

în contrast cu caracterul efemer al moralei seculare, creştinismul caută să dezvăluie trăirea unui Dumnezeu transcendent, care te învaţă că omul ca întreg nu poate fi gândit decât biblic, iar singurul loc în care afli că exişti este Biserica.

Doar acolo intuieşti cu adevărat întreaga complexitate a fiinţei umane, pentru că ea nu exprimă altceva decât chipul şi asemănarea Tatălui Ceresc.

Tradiţia creştină afirmă că viaţa reprezintă un dar oferit în mod liber de către Dumnezeu iubirii. Dobândind astfel un caracter sacru, viaţa umană trebuie primită cu bucurie şi recunoştinţă, preţuită, conservată şi ocrotită, iar scopul trecerii „dintre nefiinţă la fiinţă" nu îl constituie doar o existenţă biologică, situaţie absurdă şi Iară sens, ci calea pentru a urma destinul transcendental, adică participarea la viaţa divină a lui Dumnezeu.

Modul în care Biserica Ortodoxă rezolvă această tensiune între transcendenţa absolută a lui Dumnezeu şi accesibilitatea Sa în viaţa cotidiană poate fi schematizată astfel. Din misterul adânc al fiinţei sale Divine[5] Dumnezeu se îndreaptă spre lumea creată prin ceea ce Sfanţul Irineu numeşte cele două mâini al Sale - Fiul şi Sfântul Duh. Prin intermediul acestora, viata umană este învăluită cu energii precum: iubirea, puterea, dreptatea, bunătatea şi frumuseţea, capabile să deschidă calea spre împărăţia Sa[9] acolo unde cei care trăiesc şi mor în Hristos, Se alătură sfinţilor din toate veacurile.

Religia nu a reuşit să fie înlocuită de filozofie sau ştiinţă, fapt pentru care enunţarea principiilor bioeticii creştine nu este suficient să fie consemnată doar în articole sau cărţi. De aceea semnificaţia bioetică creştină nu poate fi înţeleasă şi învăţată decât printr-o viaţă liturgică. în pilda de pe Muntele Măslinilor, îisus spune: *„împărăţia mea nu este în lumea aceasta",* iar ştiinţa nu a reuşit încă şi nu cred să găsească în afara transcendenţei o altă cale prin care să ajungă în lumea lui Hristos.

Biserica creştină tradiţională nu reprezintă un domeniu academic împotriva vieţii, ci un model de experimentare şi implicare în problemele legate de respectul pe care îl datorăm fiinţei umane, situându-ne într-un permanent echilibru de antiteze, între ştiinţă şi semnificaţia sa, între practica medicală şi valorile umane.

Prin urmare bioetică creştină se întemeiază pe iubirea revelată pe care o vom îndrepta în egală măsură asupra prietenilor sau duşmanilor iară a ţine socoteală de etnie, clasă socială, religie sau sex.

Pentru ca starea de „încercare" la care este supus omul suferind să fie depăşită, medicul creştin are obligaţia de a-1 asista pe pacient cu gândul la Dumnezeu. Doar procedând astfel, constaţi că, în momentele tragice petrecute la patul bolnavului, reuşeşti să~ţi aprofiuidezi propria existenţă, să-ţi limpezeşti filozofia vieţii şi să-ţi fortifici credinţa.

Meseria de medic este în primul rând credinţă, apoi ştiinţă şi nu în ultimul rând cultură, ea putând fi practicată cu succes doar de cel care crede în ceva situat deasupra omului, adică în Dumnezeu. Sigur, este mult mai comod să abuzezi de puterile ştiinţei, neglijând voit sau dintr-o judecată pripită semnificaţia ei. Dar ştiinţa medicală, privită fără semnificaţie, se poate transforma la un anumit moment într-o ameninţare, riscând să joace rolul ingrat al substituirii lui Dumnezeu.

Spiritualitatea creştină afirmă că ştiinţa vindecării o avem de la Dumnezeu, iar El a dat-o medicilor pentru a-i îngriji pe cei aflaţi în suferinţă. Primul medic trimis pentru a-i vindeca pe oameni de bolile sufleteşti şi trupeşti a fost îisus Hristos, Tămăduitorul absolut fără de care vindecarea nu este posibilă. Aceasta nu înseamnă însă că teologia creştină ar împiedica pe omul bolnav să se adreseze, în caz de nevoie, medicilor, sau de a folosi medicamentele prescrise de aceştia, pentru că, după cum recomandă Sfinţii Părinţi, *„Medicina este folositoare şi necesară neamului omenesc" (Sf Diodoh al Foticeii - Cuvânt ascetic în 100 de capete, 53).*

Atât prin arta sa, cât şi prin medicamentele pe care le prescrie, medicul, fie el credincios sau necredincios, în mod conştient sau inconştient, nu face decât să pună în lucrare energiile dumnezeieşti. *„în numele Domnului ne încredinţăm noi medicilor, crezând că El ne va da vindecare prin ei " (Sf Varsanufie - Scrisori, 508).*

Este foarte important ca pacientul să aibă încredere în medicul său; o încredere necondiţionată, vecină cu credinţa. Să ne amintim că Domnul îisus Hristos, atunci când era rugat de un bolnav să-1 vindece, îi punea de obicei următoarea întrebare; *„Crezi tu că pot face Eu aceasta?".* La răspunsul: *„Cred, Domne* /, îl tămăduia, dar nu uita să adauge: *„Mergi în pace, credinţa ta te-a mântuit".*

Iată ce declara Arhiepiscopul Bartolomeu Anania la Seminarul „Medicii şi Biserica", organizat la Arcalia în anul 2002: „Noi credem în minuni, dar credem şi în ungerea cu untdelemn sfinţit, aşa cum credem şi-n medicamente. Să nu uităm că Apostolul şi Evanghelistul Luca era medic de profesie, iar în calendarul nostru îi avem la loc de cinste pe Doctorii cei Fără de Arginţi, în frunte cu Cosma şi Damian. Aşadar, şi prin vocaţie, şi prin tradiţie, şi prin practică e pregătită ca, prin preoţii de slujire caritativă, să conlucreze cu corpul medical"

De aceea, singurul lucru care i se cere medicului este să dea actului medical un sens creştin, adică să ţină seama de dimensiunea spirituală a omului, ajutându-1 să-şi asume starea şi să depăşească astfel încercările la care acesta este supus.

Acestor nelinişti umane, privind posibilitatea de schimbare conceptuală a omului prin ştiinţă, morala creştină le opune speranţa respectului şi renaşterii permanente a valorilor umane, a renaşterii omului ca unicat ce obligă la un respect absolut de la concepţie până la moarte.

Biotiea devine astfel un loc de reflexie interdisciplinar, unde se va încerca diferenţierea conflictelor de valori şi stabilirea liniilor de conduită şi încredere pentru îmbunătăţirea vieţii umane în pofida multiplelor inovaţii tehnologice.

Dorind în final să realizeze un angajament responsabil în serviciile vieţii umane, bioeticienii vor trebui să ţină cont de morala creştină, pentru că ei, întocmai Sfinţilor Părinţi, vor fi nevoiţi să emită judecăţi care în cele din urmă pot fi transformate în dogme.

XXII.Perspectivele medicinei. Aspectele etice ale prevenirii şi promovării sănătăţii

Un dicton vechi în medicină spunea că "Este mai uşor să previi decât să vindeci", subliniind de fapt rolul medicinei preventive, comparativ cu medicina curativă. Din păcate, medicina preventivă este mult mai valorizată teoretic şi oficial decât la modul real, fiind privilegiată cea curativă din cauza urgenţelor şi a existenţei unor boli grave. A recurge numai la una sau la cealaltă este o greşeală şi nici nu se poate concepe o singură alternativă. Sănătatea populaţiei pretinde dubla lor intervenţie, global[5] simultan.

O şcoală de medicină care se respectă deschide perspective mari unor viitori specialişti, dar trebuie să orienteze corect studenţii şi tinerii medici spre medicina preventivă, cu rol în promovarea sănătăţii la populaţii largi.

Se descriu trei nivele ale prevenţiei medicale:

- **Prevenţia primară** are ca scop evitarea apariţiei bolilor, de exemplu prin vaccinări sau îndepărtarea factorilor de risc; aşa este lupta împotriva tabagismului pentru prevenirea cancerului la plămâni şi a bolilor cardio-vasculare.
- **Prevenţia secundară,** detectând bolile înaintea exprimării lor prin manifestări clinice, caută să evite dezvoltarea şi agravarea lor. Este vorba de un depistaj completat de asistenta curativă, fiind vorba de boli precoce detectate (şi detectabile) şi tratate.
- **Prevenţia terţiară** are drept obiectiv evitarea sechelelor, consecinţelor sociale şi a reşutelor bolile. Este ceea ce unii numesc readaptarea.

Se vorbeşte, azi şi de **"Prevenţia quaternară"** pentru a desemna asistenţa paleativă a bolilor în faza terminală (evitarea chinurilor !). Această împărţire a nivelelor prevenţiei medicale se referă la un model bine precizat a conceptului de sănătate, care ar putea fi denumit "modelul biomedical".

Alături de această concepţie a fost lansată în anii 1980 noţiunea de promovare a sănătăţii, care nu mai este centrată pe noţiunea negativă a bolii, ci asupra noţiunii pozitive de sănătate şi care aplică o logică mai extinsă, denumită "socială".

Modelul **biomedical şi** modelul **social al sănătăţii şi bolii**

Modelul "biomedical", dominant în societatea noastră, face din boală un rezultat al unei agresiuni provocate de un agent patogen: virus, bacterie, produs toxic, proces degenerativ. Aceşti factori provoacă insulte, suferinţe organismului, generatoare de simptome, ce conduc bolnavul la consultul unui medic. Acesta prescrie un tratament care speră să amelioreze starea bolnavului şi să ducă la vindecare.

Un astfel de model, simplu şi linear, consideră sănătatea ca fiind contrariul bolii şi pe medic ca preotul sistemului de sănătate, dând puţină importanţă determinanţilor psihologici, culturali şi sociali ai bolii şi ai asistenţei medicale. In materie de prevenţie, privilegiile sunt depistarea precoce a factorilor de risc (deci şi a bolilor) şi utilizarea vaccinărilor, eficacitatea acestui model fiind mai ales în domeniul bolilor infecţioase.

Complexitatea marilor probleme actuale de sănătate (cancerul, bolile cardio-vasculare, bolile psihice, accidentele, etc.) face acest model ca insuficient, pentru că el nu ţine seama de numeroşii factori care intervin în geneza bolilor.

Modelul "social" se interesează de sănătate, ca de o rezultantă a condiţiilor de viaţă, a influenţelor culturale, a condiţiilor de mediu. Acest model consideră boala ca o încercare a persoanei de a se adapta mediului şi a rezista la agresiuni. Recurgerea la asistenţă medicală apare determinată nu numai de prezenţa simptomelor, ci şi de "reprezentările" pe care pacientul şi anturajul său le au asupra sănătăţii, bolii şi asupra rolului medicului»

Modelul social acordă o mare importanţă factorilor sociali şi psihologici şi ţine seama nu numai de individul bolnav, ci şi de mediul său familial şi social.

Asistentele preventive şi curative sunt elaborate (efectuate) de profesionişti care lucrează în echipă, între care medicul joacă un rol foarte important. Utilizatorii sistemului de sănătate şi pacienţii înşăşi sunt asociaţi la deciziile care îi privesc.

Prevenţia rezultă deci din toate măsurile privind condiţiile de viaţă şi nu numai intervenţiile de tip medical

Mult mai interactiv decât modelul biomedical, modelul social este bine adaptat înţelegerii marilor probleme actuale ale sănătăţii şi ideilor de evaluare a sistemelor de sănătate.

Prevenţia medicală, în accepţiunea clasică, se integrează modelului biomedical al sănătăţii şi al bolii, adresându-se în mod esenţial cauzelor clar identificate ale bolii. Ea comportă mai multe modalităţi de acţiune, printre care medicina preventivă şi unele modalităţi tradiţionale, ceea ce, atunci când s-a lansat în populaţie, s~a numit educaţia pentru sănătate.

Medicina preventivă este o activitate esenţială a medicului, a oricărui medic, indiferent de specialitatea pe care o are. Ea este o parte importantă nu numai a medicului de familie, dar şi a medicului de spital şi nu este în nici un caz un domeniu rezervat medicilor specializaţi în prevenţie, cum ar fi cei din medicina şcolară, medicina muncii, etc.

Medicina preventivă nu este o formă particulară a activităţii medicale opusă medicinei curative. Nu există discontinuitate între asistenţa preventivă şi cea curativă. "Globalitatea asistenţei" este, după OMS, unul din criteriile calităţii serviciilor de sănătate, prin "asistenţă" înţelegând cuvântul englezesc "care" ceea ce desemnează asistentele preventive şi curative şi nu "cure" care nu desemnează decât asistenţa curativă.

Depistarea, activitate tipică a medicinei preventive, ilustrează bine imposibilitatea de a disocia asistenţa preventivă de asistenţa curativă. Astfel, a depista un cancer este o asistenţă preventivă. Dar ea nu este la modul real preventivă decât dacă este declanşată o acţiune curativă pentru a trata cancerul depistat. Un exemplu şi mai simplu este tratamentul bolilor contagioase: asistenţa curativă pentru bolnavii în aceste cazuri constituie de asemenea o măsură de precauţie pentru anturaj; pentru bolnav însăşi, ea este o precauţie a complicaţiilor, a sechelelor, a consecinţelor sociale şi profesionale ale bolii şi posibil chiar a decesului.

Medicina de prevenţie (Medicina prevenţiei)

Aceasta este exersată în general de către specialiştii prevenţiei, adică este exersată în instituţii a căror obiectiv este de a dezvolta acţiunile preventive, de exemplu pe categorii de vârste: în unele ţări avansate există pentru sugari şi copii mici (Protecţia materno-infantilă; PMJ), pentru copiii şi adolescenţii şcolarizaţi (Sănătatea şcolară-Medicina Şcolară) sau pentru salariaţii din anumite domenii (Medicina Muncii). Aceste instituţii aparţin Sănătăţii Publice, înţelegând că acestea se ocupă de luarea unor măsuri de natură colectivă (populaţională).

Sănătatea publică nu este totuşi un domeniu rezervat doar medicilor din organismele de prevenţie. Oricare medic este, într-un anume **fel,** un actor al sănătăţii publice, participând la programe de depistare, la aplicarea vaccinărilor, la urmărirea medicală a gravidelor şi la dezvoltarea copiilor, la observarea sănătăţii populaţiei, la politica de sănătate pe plan local sau pe ţară.

Un aspect particular, modern al medicinei preventive, este medicina predktivă. De fapt, progresele actuale ale geneticii permit de a pune în evidenţă predispoziţiile de natură genetică în apariţia unor numeroase boli: bolile cardiovasculare, bolile reumatismale, un număr foarte mare de boli ereditare cu transmitere mendeliană dominantă sau recesivă. Această posibilitate de previziune pune probleme etice considerabile, precum şi tehnice, dar deschide perspective de speranţă, considerabile pentru Medicina secolului XXL

Promovarea sănătăţii

Fără a neglija recurgerea la metodele preventive şi curative de ordin medical descrise anterior, promovarea sănătăţii le integrează într-un concept global, care ţine seama de multitudinea determinanţilor sănătăţii şi a bolii, conform schemei lui J.Monnier, J.P.Deschamps şi J.Fabry.

Rezultă clar că păstrarea sănătăţii şi lupta împotriva bolilor trebuie să intereseze (şi să se bazeze) pe un ansamblu de factori implicaţi şi nu numai pe factori de ordin biologic, aşa cum a făcut multă vreme medicina.

In alţi termeni, rolul medicului în prevenţie depăşeşte cadrul medicinei preventive, el trebuind să se intereseze de condiţiile de viaţă, de muncă, de mediu fizic şi social al persoanelor, de comportamentul lor faţă de sănătate.

Medicul poate şi trebuie să-şi găsească locul său printre specialişti, în discutarea şi promovarea unor programe de ameliorare a vieţii sociale, a habitatului, etc, pe lângă ameliorarea calităţii vieţii şi a sănătăţii.

Locul medicului nu este deci numai în cabinetul medical sau într-un spiţaJL ci şi în comunitate, peste tot unde sănătatea este discutată, considerată, ameninţată. Acest rol, incontestabil nou al medicului, îşi găseşte un loc în promovarea sănătăţii, aşa cum a fost definit în 1986 într-un text denumit "Charte d'Ottawa".

Medicul şi sănătatea pentru toţi !!

"Sănătatea pentru toţi" este unul din scopurile OMS-ului, dar aceasta nu poate însemna, din păcate, un drept universal al unei stări bune de sănătate, pentru că aceasta ar fi o utopie. Este vorba mai degrabă de dreptul de a beneficia de măsurile care permit cea mai bună stare de sănătate. Evident, medicina are dorinţa şi disponibilitatea de a contribui la reducerea, cel puţin parţială a inegalităţilor sociale în problema sănătăţii !

Există peste tot în lume (mai accentuat în unele ţări decât în celelalte) o importantă inegalitate a indivizilor unei societăţi în faţa bolii şi a morţii.

Speranţa de viaţă, nivelele mortalităţii la diferite vârste, frecvenţa şi gravitatea celor mai multe boli, frecvenţa invalidităţilor sunt legate în mare parte de locul pe care-1 ocupă oamenii pe scara socială.

Inegalitatea socială considerabilă a stării de sănătate are cauze multiple care ţin de modul de viaţă, de educaţia primită, de modul în care se percepe sănătatea şi boala, de modul în care oamenii ştiu utiliza medicina şi au acces mai mult sau mai puţin uşor la medicină, respectiv la asistenţă.

Medicina trebuie să încerce să compenseze efectele de excludere socială a sănătăţii, considerând chiar "excluşii" ca beneficiari prioritari ai asistenţei medicale.

Medicul nu poate practica o "medicină pentru bogaţi" şi o "medicină pentru săraci". Aceasta este de fapt semnificaţia "sănătăţii pentru toţi", o atitudine foarte concretă în cadrul căreia responsabilitatea profesională a sănătăţii este direct angajată, iar ca etică fundamentală trebuie satisfăcut principiului de echitate, recunoscut ca o exigenţă de bază a eticii moderne.

Pe lângă practicile profesionale, politica pentru sănătate şi reglementările internaţionale au un mare rol la accesul la asistenţă şi la realizarea "sănătăţii pentru toţi".

Practica, prevenţia şi etica secolului XXI

Medicii secolului XXI trebuie să-şi asume două misiuni:

- Să organizeze şi să aplice metodele de prevenţie, consecinţe a progreselor cercetărilor biologice;
- Să trateze bolnavii care au încredere în ei.

Vaccinările au cunoscut o epocă de glorie, care se credea terminată. Pe viitor se anunţă o nouă evoluţie a vaccinurilor, pornind de la progresele geneticii care permit de a prepara vaccinări prin "geniu genetic" (genie genetique), prin sinteză şi prin alte metode, existând speranţe pentru punerea la punct a unor vaccinuri împotriva bolilor parazitare cum ar fi paludismul (malaria).

Astfel, medicina îşi va aduce o contribuţie la soluţionarea uneia din problemele etice cele mai grave ale timpului nostru, discordanţa între Nordul bine hrănit şi protejat contra infecţiilor şi Sudul înfometat, decimat de infecţii şi parazitoze. Exemplul cu vaccinul anti-malarie nu a fost întâmplător, pentru că această parazitoză gravă omoară încă pe glob milioane de oameni în fiecare an.

Pericolele legate de industria chimică sunt bine cunscute, iar protecţiile sunt cel mai adesea insuficiente.

O problemă etică importantă se impune: este acceptabil de a expune un om sănătos la pericolele manipulării benzenului, anilmei, etc. ? Un efort viguros trebuie făcut în secolul XXI pentru a orienta industria spre metode care îndepărtează pericolele legate de utilizarea acestor toxice.

Radiaţiile ionizante sunt extrem de periculoase, dar măsurile de protecţie cunoscute sunt eficiente în cea mai mare parte a cazurilor. Radiologii care înainte au plătit un foarte greu tribut - viaţa - au acum posibilitatea şi ştiu să se protejeze, cazurile de leucemie la radiologi fiind azi mult mai rare decât acum 50 ani.

Există însă şi drame, cum a fost cea de la Cernobîl, explicate prin ineficienta precaufiunilor, a protecţiei.

O problemă care rămâne în privinţa radiaţiilor şi care are implicaţii morale este doza minimală tolerabilă, sensibilitatea unor persoane la doze mici.

Fizicienii speră că în secolul XXI energia radiaţiilor solare va putea fi utilizată, iar problema radiaţiilor ionizante, a energiei nucleare, îşi va pierde din importantă (va rămâne utilizarea militară, pregătirea războaielor, care reprezintă marile pericole dar care nu sunt de competenţa medicinei).

în timp de pace, marile pericole care ameninţă populaţia nu sunt radiaţiile ci alcoolul, tutunul, drogurile, infecţiile transmisibile sexual, în primul rând SIDA, motiv pentru care va trebui depus un viguros efort de educaţie în liceu, colegii, facultăţi, în special în facultăţile de medicină. în secolul XXI medicii sunt chemaţi la o luptă excepţional de grea împotriva acestor "arme de autodistrugere", pentru o educaţie largă şi profundă în rândul cetăţenilor.

Factorii **predispozanţi la boli**

Cunoaşterea predispoziţii la boli se bazează pe două lucruri:

- Cunoaşterea dezordinilor biologice foarte precise cu mai multe luni, mai mulţi ani sau mai mulţi zeci de ani înainte;
- Valoarea constantă a acestei constatări,

La toate aceste cazuri la care anomalia biologică este recunoscută, boala va apare mai repede sau mai târziu.

Cel mai adesea este (şi va fi) vorba despre anomaliile genetice care permit tot mai mult un diagnostic precoce.

în faţa acestor situaţii se pun probleme etice foarte serioase, pentru că unii recomandă avortul sistematic dacă diagnosticul se face în utero; la acestea se adaugă probleme morale, întrebări la care este greu să se răspundă:

•copilul ucis în utero ar putea fi purtătorul unei anomalii care-i scurtează viaţa, dar el are un talent de excepţie şi poate da omenirii mari opere de artă, invenţii, etc, în acei puţini ani de viaţă, să zicem sub 40 (un Mozart ?).

•un copil, conceput în 2005, ar putea beneficia în cursul existenţei sale, înainte de 2045, de un nou progres al ştiinţei, cu vindecare în urma unui tratament eficient.

•un copil, predispus la aceaşi boală este născut, atinge vârsta de î 8 - 25 ani, se căsătoreşte, boala se manifestă şi moare la 40 ani, lăsând o văduvă şi copii, din care jumătate sunt cu aceaşi boală.

Nu există un răspuns satisiacător. O chestiune de etică pusă în acest exemplu de un progres al cunoştiînţelor, în acest caz diagnosticul în utero, nu poate fi soluţionată decât printr-un nou progres al cunoştiinţelor, respectiv punerea la punct al unui tratament eficient.

Genetica viitorului va aduce probabil multe soluţii!

Multe boli sunt recunoscute ca poligenice. Predispoziţia este consecinţa asocierii mai multor factori, exprimaţi prin mai multe anomalii ale sistemului HLA sau prin alte anomalii genetice. Sunt în curs cercetări foarte importante pentru a defini factorii cunoscuţi, pentru a recunoaşte factorii dobândiţi şi pentru a stabili relaţia între unii şi alţii.

Medicina secolului XXI va fi o medicină ce va putea stabili factorii predispozanţi ai diferitelor boli, o medicină de previziune, de prevenţie, ceea ce va costa mai puţin decât tratamentul bolilor respective, manifeste din punct de vedere clinic.

Formarea medicală continuă

în faţa transformărilor extraordinare din medicină - concept al ultimelor decenii, medicul practician "se găseşte" direct implicat, căutând să-şi adapteze practica sa profesională, bazându-se pe diversele posibilităţi de informaţie şi de perfecţionare.

Formarea medicală continuă (FMC) este un imperativ prioritar de ordin etic şi care priveşte fiecare medic, fapt precizat foarte clar şi hotărât în Codul Deontologic.

Ce s-ar putea crede despre un medic care, prin ignorarea noilor achiziţii medicale, n-ar face ca pacientul său să beneficieze la maximum de resursele disponibile ?

Fiecare medic trebuie să se aştepte să fie interogat de pacient, de familia sa, de societate şi eventual de justiţie asupra comportamentului său ştiinţific din cauza evoluţiei nesatisfacătoare a afecţiunii unuia sau unora din bolnavii săi.

întrebarea este următoarea: medicul încriminat posedă cunoştiinţele la zi necesare pentru a da pacientului cea mai bună asistenţă ? în alţi termeni, poate să aducă dovada că el îşi asigură formarea sa continuă adaptată la exercitarea profesiei sale ?

în SUA, Franţa şi în alte ţări (inclusiv la noi), medicii sunt tot mai mult chemaţi să se explice în sensul celor discutate anterior, în faţa justiţiei!

Transformările la care asistăm şi care se vor amplifica în anii următori se vor produce într-un context evolutiv al societăţii a căror necesităţi se modifică: amintim aspectele şi consecinţele prelungirii vieţii, noile riscuri legate de unele poluări, consecinţele transformării modului de viaţă şi a moravurilor.

Corpul medical, în strânsă relaţie cu puterea politică şi structurile sociale, va trebui să fie în măsură de a răspunde noilor situaţii şi noilor misiuni.

Obiectivele formării medicale continue (FMC) se situează pe două nivele:

- pe de o parte, la nivelul fiecărui medic, care trebuie să ţină seama de formarea sa permanentă;
- pe de altă parte, la nivelul întregului corp medical, implicate fiind: Facultatea de Medicină, Colegiul (Ordinul) Medicilor, Asociaţiile Profesionale.

De aici, rezultă două definiţii simetrice şi complementare ale formării medicale continue:

- faţă de evoluţia cunoştiinţelor, a mijloacelor de prevenţie, de diagnostic şi tratament, faţă de evoluţia societăţii şi pretenţiile ("cererile") acesteia faţă de sănătate, este indispensabil ca fiecare medic să-şi asigure cea mai bună calitate a competenţei profesionale, de-a lungul întregii sale cariere, adică formarea medicală continuă;
- faţă de evoluţia cunoştiinţeior, a mijloacelor de prevenţie, de diagnostic şi tratament, faţă de evoluţia societăţii şi pretenţiile ("cererile") acestuia faţă de sănătate este indispensabil ca întregul corp medical să-şi asigure cea mai bună calitate a competenţei profesionale a medicilor de-a lungul întregii cariere, adică formarea medicală continuă.

Medicul practician şi formarea medicală continuă

Fiecare medic are responsabilitatea propriei formări medicale permanente, iar pentru aceasta trebuie să fie foarte bine pregătit, de unde importanţa metodelor şi "obiceiurilor" de a învăţa, dobândite în perioada de formare iniţială (studenţie).

Unul din primele obiective importante universitare sunt, prin această perspectivă, "a învăţa să înveţi". De aici, importanţa participării active la cursuri şi stagii, lucrări practice, grupe de lucru, discuţii clinice gen algoritm diagnostic modern, confruntări bibliografice, participarea metodică la cercurile ştiinţifice studenţeşti, etc.

Studentul trebuie să fie antrenat şi apoi să se antreneze în tehnicile de informare, de îecturare ştiinţifică, de utilizare a băncilor de date şi de a accesa "învăţământul" asistat de calculator.

Studentul trebuie antrenat şi apoi se va antrena singur (+ confruntări ?) în cunoaşterea metodelor de clasificare a documentelor şi de gestiune a dosarelor ştiinţifice,

Acest punct de vedere implică o verificare a programei şi mai ales a metodelor pedagogice, pretinzând eforturi importante de adaptare a învăţământului universitar şi subliniind importanţa ciclului 3 (rezidenţiatul), în sensul asigurării unei pregătiri foarte bune, permanente şi personalizate.

După susţinerea tezei de diplomă şi reuşita la concursul de rezidenţiat, medicul trebuie „să-şi ia în propriile sale mâini" formarea permanentă şi să-şi stabilească planul său de FMC, ţinând seama de experienţa sa în domeniu, de tendinţele şi metodele sale preferenţiale de muncă.

Pianul personalizat de FMC va cuprinde 3 nivele de formare:

Lectura regulată (studiul personal al literaturii de specialitate), a revistelor medicale de nivel ştiinţific bun şi adaptate dezvoltării practicii, constituie primul nivel în plus tehnicile de informatică, metodele de învăţat la domiciliu vor completa lecturile personale. După studii efectuate pe zeci de mii de medici în formare "învăţatul" din jurnale şi reviste de specialitate reprezintă ca raport 92%, de la Congrese 88% şi din relaţiile cu colegii cu experienţă 86%,

în mod ideal, informaţiile din reviste de specialitate sunt completate cu CD-ROM-uri şi filme video.

Este foarte utilă cunoaşterea limbilor străine de largă circulaţie, în special a englezei medicale.

Al doilea nivel de formare corespunde **metodelor interactive.**

Apartenenţa la un grup de muncă sau la o asociaţie de practicieni de aceeaşi orientare profesională permite de a "pune în comun" cunoştinţele, de a face schimburi de experienţă, inclusiv cu specialişti într-o anumită problemă. în plus, această metodă întreţine pe plan local o co-fraternitate, un rol deosebit în lupta împotriva egocentrismului şi individualismului, a orgoliilor şi rivalităţilor greşit înţelese.

Al treilea nivel corespunde unor perioade numite **"forte"** în formare, în care medicul **învaţă în alte părţi,** acolo unde se organizează: zile sau săptămâni de aprofundare **a** unei probleme, puneri la punct în cadrul unor Mese Rotunde sau Simpozioane, stagii clinice în alte unităţi (mai specializate).

Facultăţile de medicină organizează obţinerea de diplome universitare după cursuri postuniversitare, cu stagii interactive adaptate practicii medicale actualizate. Relaţiile cu centrul specializat îi asigură medicului transmiterea cunoştiinţelor practice ale progresului într-un domeniu medical, progres survenit în ultimii ani ! Experţii sunt în primul rând universitari, dar şi medici ne-universitari cu mare experienţă.

Extrem de utile sunt bursele obţinute în ţări cu o medicină de cel mai bun nivel.

Corpul medical şi organizarea FMC

Pe lângă problemele dificile şi "delicate" ale finanţării FMC, azi se discută şi se caută soluţiile cele mai bune, în ţările avansate, de a găsi metodele de evaluare şi de acreditare a FMC, pentru ca aceasta să nu fie formală.

Corpul medical a dezbătut pe larg următoarele probleme:

• FMC este obligatorie şi cu sancţiuni pentru cei care nu o respectă ?

Răspunsul este DA şi cu sancţiuni, la care se pot adăuga sancţiunile pacienţilor şi ale justiţiei.

• FMC este, dimpotrivă, promoţională, favorizând în acest fel o medicină la două nivele ?

Răspunsul este NU, la modul ideal şi din respect pentru bolnav medicina trebuie să fie de un singur nivel: cel mai bun î

• FMC rămâne o problemă personală, cu o datorie etică asumată ?

DA, este o problemă personală dar şi colectivă, a întregului corp medical

FMC reprezintă una din problemele cele mai importante care interesează profesia medicală.

FMC este un element esenţial a responsabilităţii etice a fiecărui medic şi implică toate componentele corpului medical: •Universitatea, respectiv facultatea de medicină, cu responsabilităţile cele mai

mari, dând coerenţă între formarea iniţială şi continuă;

•Structurile profesionale, pentru partea de evidenţă şi de aport efectiv profesional,

eventual pentru unele probleme financiare (cotizaţii, etc);

•Colegiul (Ordinul) Medicilor, garant al eticii medicale.

Autorităţile publice sunt deosebit de atente (ar trebui să fie !) la FMC, a cărui scop este de a asigura competenţa profesională şi de a întări acţiunile medicale privind sănătatea individuală şi colectivă.

Dacă medicii respectă FMC, această profesie merită, în plus, să fie respectată de către întreaga societate.

XXIIL Programe de prevenţie şi promovare a sănătăţii. Aspecte etice.

Condiţia umană în civilizaţia contemporană

A devenit un adevăr axiomatic, unanim admis, un veritabil truism, faptul că omenirea străbate în prezent una dintre cele mai contorsionate epoci istorice In care sunt concentrate tendinţe şi direcţii dintre cele mai contradictorii în plan social-economic şi spiritual, marcate de cuceriri ale geniului uman de o valoare incomensurabilă în toate sferele şi compartimentele ştiinţei şi tehnicii. Peisajul lumii contemporane, aşa cum se înfăţişează el astăzi este acela al unor flagrante discrepanţe şi paradoxuri, al unei diviziuni îngrijorătoare a naţiunilor în bogate şi sărace, dezvoltate şi subdezvoltate, deşi toate trăiesc pe aceeaşi planetă, beneficiază de căldura şi lumina aceluiaşi astru, dispun de aceeaşi capacitate de creaţie şi promovare a progresului.

Sfidarea, injusteţea, apar cu atât mai paroxistice şi paradoxale dacă se are în vedere faptul că nivelul coborât al condiţiei umane este propriu tocmai acelor naţiuni care posedă o imensă parte a bogăţiilor, respectiv a resurselor de materii prime ale planetei, reprezentând în acelaşi timp, două treimi din populaţia acesteia. Alături de un mare număr de gânditori, de teoreticieni, omul contemporan adaugă, la întrebările sale existenţiale, istorice, mai ales în ultimul deceniu, în mod tot mai persistent şi legitim, o altă întrebare şi anume în ce măsură evoluţia tehnico-ştiinţiflcă a contribuit la ridicarea calităţii vieţii, a stării de sănătate, într-un cuvânt la optimizarea condiţiei umane pe toate zonele planetei?

O serie de concepte privind perspectivele omenirii au fost alimentate de fenomenele relativ recente ale epuizării unor rezerve de materii prime, ale poluării mediului ambiant, ale unor deficienţe în asigurarea alimentaţiei întregii populaţii a globului pământesc.

în literatura filozofică şi sociologică se surprinde cu acuitate "criza idealului" generatoare a unui evantai larg de mişcări protestatare într-o societate în care "lupta pentru sporirea profitului şi idolatrizarea celor doi zei - Banul şi Tehnica - întreţin sursele individualismului şi rivalităţilor meschine ale evazionismului şi cultivării unor pseudovalori". "Triumful tehnicii este doar una din faptele dezvoltării" scria Charles Reîck. Cealaltă fată este "vidul sufletesc, lipsa de scop care să dea sens vieţii".

Aspectele şi opiniile relevate nu trebuie să ne conducă la admiterea unor concluzii negativiste cu privire la rolul şi implicaţiile dezvoltării ştiinţifice şi tehnice contemporane.

Analiza fenomenelor lumii contemporane în centrul căreia se plasează omul cu multitudinea problemelor sale, este realizată din unghiuri de vedere foarte variate, concluziile obţinute, rezolvările preconizate reflectând, în ultimă instanţă, viziunile doctrinare ideologice ale autorilor.

Semnalele de alarmă trase deopotrivă de doctrinari ca şi de savanţi, în ultimul deceniu, privind problematica omului contemporan, multitudinea insatisfacţiilor, incertitudinilor, a pericolelor cu care este confruntat, dar mai ales, în legătură cu perspectivele omenirii, sunt dovezi incontestabile ale unor judecăţi lucide, realiste, privind destinul omului, reflectă indubitabil o viziune umanistă demnă de toată aprecierea contemporanilor.

Al doilea "Raport al Clubului de la Roma" cu un conţinut mai optimist, intitulat "Omenirea la răscruce", întocmit de profesorii M.Mesorivic şi **E.Pestel,** oferă unele soluţii de ieşire din criză, propunând o strategie globală în vederea creşterii economice, subordonată unor scopuri şi criterii sociale, politice, etice, pentru înlăturarea atitudinii de pasivitate, pentru angajarea omenirii la înfăptuirea transformărilor necesare în vederea stăvilirii actualei dezvoltări anarhice şi disfuneţionale, Cei doi autori avertizează omenirea prin următoarele cuvinte semnificative: "Analiza noastră, riguros ştiinţifică, făcută pe baza tuturor datelor disponibile a stabilit în mod clar că o asemenea atitudine de pasivitate nu poate duce decât la dezastru. Nimic nu este deci mai urgent, decât, în loc să închidem ochii în faţa catastrofei, să răspundem cu curaj şi încredere provocării care ne este lansată şi să căutăm soluţii constructive» Adoptând, în timp, orientări noi, umanitatea ar putea să se pună la adăpost de şocuri grave".

Obiectivele principale în **medicina** preventivă

Ernest Winder defineşte drept obiectiv principal al medicinei preventive: "... să faci ca populaţia să decedeze cât mai târziu posibil, dar validă !". In acest sens R.Dolf defineşte două obiective:

- prelungirea vieţii prin creşterea longevităţii (a duratei medii de viaţă);
- scăderea incapacităţii.

O variantă a celor două obiective enumerate mai sus o întâlnim în strategia europeană privind "Sănătatea pentru toţi până în anul 2000" şi anume:

- a da viaţă anilor (prin măsuri de control a morbidităţii şi incapacităţii);
- a da sănătate vieţii (prin promovarea sănătăţii);
- a da ani vieţii (prin reducerea numărului deceselor premature şi prin creşterea duratei medii a vieţii).

Modificările sociale înregistrate în ultimul secol în ţările dezvoltate (schimbări în domeniul nutriţiei, în dimensiunea familiei, creşterea nivelului de educaţie, asimilarea de către populaţie a unor cunoştinţe ştiinţifice în domeniul medicinei) şî aplicarea unor măsuri preventive în practică au condus la înregistrarea unor succese importante în măsurarea sănătăţii, succese marcate prin scăderea mortalităţii şi reducerea incapacităţii (ceea ce va determina o reducere a sarcinilor societăţii datorate modificărilor în structura pe grupe de vârstă a populaţiei, cu creşterea ponderii populaţiei vârstnice).

In promovarea sănătăţii şi prevenirea bolilor există trei modele posibile de abordare: modelul bazat pe înţelegerea etiologiei bolilor; modelul epidemiologie şi modelul etapelor vieţii.

în modelul controlul bolilor bazat pe înţelegerea etiologici lor, trebuie precizat că se includ factorii etiologici şi factorii de risc. McKeown a grupat bolile în patru mari categorii:

- bolile prenatale, determinate la fecundare;
- bolile determinate prenatal, dar după fecundare, de factori ce apar în perioada intranatală;
- bolile determinate postnatal, ca urmare a unor carenţe sau agresiuni a factorilor de risc din mediu. Aici se regăsesc cele mai multe afecţiuni ce domină modelul de morbiditate din ţările în curs de dezvoltare şi în ţările în care nivelul de dezvoltare socio-economică şi cel al serviciilor de sănătate tinde să ajungă la modelul ţărilor dezvoltate.

în această categorie sunt incluse: bolile nutriţionale, maînutriţia; bolile infecto-parazitare; bolile legate de carenţe igienice.

La aceste categorii de boli controlul se poate realiza prin măsuri cu caracter socio-economic şi măsuri de sanitaţie, fiind necesară intervenţia statului pentru implementarea acestora.

- bolile postnatale sunt determinate de defecte de adaptare a organismului, a grupurilor populaţionale la un nou model de viaţă, tipic ţărilor dezvoltate; în cazul acestor boli apar modificări de comportament şi boli legate de stilul de viaţă.

în ţara noastră se regăsesc toate cele patru grupe de boli în modelul actual de morbiditate.

în condiţiile cunoştinţelor actuale, medicina îşi poate propune creşterea duratei medii a vieţii până în jurul vârstei de 85 de ani prin reducerea deceselor la categoria de vârstă 55-74 de ani.

în cel de al doilea model de abordare a promovării sănătăţii şi prevenirii bolilor (cel epidemiologie), se respectă modelul tradiţional al bolilor transmisibile de tip agent cauzal-efect, iar măsurile de intervenţie se vor adresa receptorului sau vectorului. Pentru cea mai mare parte a bolilor care domină tabloul morbidităţii actuale se consideră ca model valabil cel epidemiologie multifactorial, iar măsurile de intervenţie ar trebui luate în funcţie de aceşti factori, inclusiv acţiuni orientate asupra mai multor factori de risc comun mai multor boli.

în ultima perioadă se apelează tot mai des la modelul etapelor vieţii, care este adaptat problematicii actuale a stării de sănătate, care permite elaborarea unor pachete de servicii preventive specifice diferitelor grupe de vârstă.

Din strategiile preventive, cea bazată pe demersul individual se adresează individului cu boala sa şi aparţine exclusiv sectorului clinic.

în strategia populaţională nu interesează boala individului ci incidenţa ei în populaţie, adresându-se medicului colectivităţii. Ea cuprinde: strategia riscului înalt bazată pe populaţia cu risc înalt şi strategia ecologică, ce se adresează întregului grup populaţional. Nefiind competitive ci complementare, cele două strategii ar trebui combinate pentru a se realiza o conduită optimă.

Dezvoltare economico-socială şi stare de sănătate

Relaţia dintre dezvoltarea economico-sociaîă şi starea de sănătate poate fi sintetizată în corelaţia care există între venitul naţional brut pe cap de locuitor şi durata medie de viaţă, ca indicator sintetic al mortalităţii şi al stării de sănătate. Această corelare este de tip direct: creşterea venitului naţional brut pe cap de locuitor este însoţită de o creştere a duratei medii a vieţii.

Ţările din Estul şi Centrul Europei sunt caracterizate printr~un venit naţional brut şi o speranţă de viaţă la naştere scăzută. Există şi excepţii în care evoluţiile celor doi indicatori sunt discordante. De **exemplu,** Cuba, China, Sri-Lanka, cu venit naţional brut pe locuitor scăzut, au o durată medie a vieţii mare în comparaţie cu venitul, în timp ce în ţările Orientului Apropiat, mai ales cele producătoare de petrol, speranţa de viaţă la naştere este mică, deşi venitul naţional brut pe cap de locuitor este unul din cele mai mari.

O corelaţie de tip direct există şi între procentul alocat pentru sănătate din venitul naţional şi speranţa de viaţă la naştere. Dacă produsul naţional brut creşte, iar procentul alocat pentru sănătate rămâne constant în valoare absolută, fondul pentru sănătate creşte. Deci, între mortalitatea generală, exprimată prin durata medie a vieţii, şi dezvoltarea economico-socîală există o relaţie, în sensul că prin creşterea venitului naţional brut se înregistrează o creştere a speranţei de viaţă la naştere, dar şi procentul alocat pentru sănătate din venitul naţional braţ prezintă importanţă.

Sănătatea este considerată ca o resursă pentru viaţa de zi cu zi şi nu ca un obiectiv al vieţii.

Politica f"Sănătate pentru toţi In secolul 21"

Comunitatea Mondială a adoptat în mai 1998 politica "Sănătate pentru toţi în secolul 21", care are ca scop realizarea aspiraţiei sănătăţii pentru toţi prin eliminarea disparităţilor şi inechităţilor în accesul la sănătate a populaţiei mondiale. Această politică stabileşte priorităţile globale pentru primele două decade a secolului 21 precum şi cele 10 scopuri ce vizează crearea de condiţii necesare pentru ca oamenii de pretutindeni să realizeze şi să menţină cel mai înalt nivel de sănătate. Este necesară susţinerea ştiinţifică a dezvoltării sănătăţii şi realizarea unui proces ce să conducă la o îmbunătăţire progresivă a sănătăţii publice, realizarea acestui deziderat depinzând de conştientizarea şi considerarea sănătăţii ca un drept fundamental al omului. Sănătatea globală pentru siguranţa tuturor, ca politică a secolului 21, ar trebui să aibă rezultate datorită strategiilor şi politicilor naţionale şi regionale coroborate, iar Heath 21 este răspunsul Regiunii Europene a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii la acest deziderat. **Obiectivele** politicii "Sănătate globală în secolul 21" sunt: **1. Solidaritate în favoarea sănătăţii în Regiunea Europeană,** care cuprinde dreptate, echitate şi solidaritate puternică pentru dezvoltarea sănătăţii internaţionale prin colaborare eficientă a statelor membre a Regiunii Europene şi realizarea unei echităţi în accesul la sănătate pentru grupurile defavorizate din

Trebuie luate măsuri hotărâte pentru a promova un mediu de lucru mai sănătos, prin legislaţie şi tehnologizare mai bune. întreprinderile trebuie să adopte o campanie de sănătate, concept cu trei elemente: promovarea sănătăţii prin staf-urile lor; produsele lor să nu dăuneze sănătăţii; să-şi asume responsabilităţi sociale suportând programele comunitare pentru sănătate.

5. îmbătrânire sănătoasă. Până în anul 2020 populaţia de peste 65 de ani să aibă posibilitatea să-şi exercite întregul potenţial de sănătate şi să joace un rol social activ.

6. îmbunătăţirea sănătăţii mentale. Până în 2020 populaţiei să i se ofere servicii complete şi accesibilitate totală la acestea.

7. Reducerea bolilor transmisibile. Diversele efecte ale bolilor infecţioase să fie diminuate substanţial prin aplicarea programelor sistematice de eradicare, eliminare sau control al efectelor acestora în sănătatea publică. în particular, poliomielita să fie eradicată în toate ţările Regiunii Europene până în 2003, tetanosul neonatal - până în 2005, infecţia urliană - până în 2010. Până în anul 2010 se preconizează controlul, prin programe adecvate de imunizări, pentru rubeola congenitală, hepatita B, tuşea convulsivă, şi bolile cauzate de Haemophilus influenzae; până în 2015 fiecare ţară să implementeze programe de prevenire şi tratament pentru tuberculoză, malarie, infecţia cu HIV şi alte boli cu transmitere sexuală.

8. Reducerea bolilor netransmisibile. Până în 2020 morbiditatea, invaliditatea şi mortalitatea prematură datorate bolilor cronice majore trebuie să fie reduse, cât mai mult posibil, în întreaga Regiune. Bolile cardio-vasculare, cancerul, diabetul, bolile obstructive cronice şi astmul bronşic crează cele mai mari probleme de sănătate în Regiune. O mare parte din aceste probleme pot fi eliminate dacă se organizează, la nivel de ţară sau de comunitate, programe pentru reducerea factorilor de risc comuni acestor boli, cum sunt: turnatul, nutriţia nesănătoasă, sedentarismul, folosirea alcoolului, stresul.

9. Reducerea patologiei datorate violenţei şi accidentelor. Se poate face prin îmbunătăţirea serviciilor de urgenţă şi o mai bună cunoaştere a măsurilor de prevenire, inclusiv a accidentelor domestice şi a celor datorate consumului de alcool

10. Realizarea unui mediu ambiant sănătos şi sigur. Acest deziderat trebuie îndeplinit prin programe naţionale şi internaţionale de evitare a poluărilor accidentale a apei, aerului şi solului.

ÎL Adoptarea unor moduri sănătoase de viaţă. Implementarea de programe privind alimentaţia sănătoasă, activitatea fizică, obiceiurile sexuale.

12. Reducerea efectului dăunător al alcoolului, drogurilor şi al fumatului. Necesitatea reducerii consumului acestor substanţe cu 80 % la populaţia adultă şi cu 100 % la copii.

13. Asigurarea unui cadru favorabil sănătăţii. Obiectiv realizabil prin crearea oportunităţilor de a trăi într-un mediu fizic şi social sănătos acasă, la

şcoală, la locul de muncă şi în locuri publice, inclusiv prin educaţie pentru sănătate adecvată.

14. Responsabilitate muitisec tonală pentru sănătate. Până în 2020 toate sectoarele trebuie să recunoască şi să accepte responsabilitatea lor pentru asigurarea sănătăţii. Statele membre trebuie să dezvolte mecanisme de evaluare a impactului în starea de sănătate, a diverselor sectoare, şi a efectelor politicilor şi acţiunilor acestora,

15. Integrarea sectorului de sănătate. Până în 2010 să crească accesul întregii populaţii la îngrijirile primare de sănătate orientate spre familie şi comunitate, susţinute de un sistem de îngrijiri secundare şi terţiare flexibil şi responsabil. Echipele multidisciplinare de sănătate şi asistenţă socială vor fi implicate activ în realizarea sănătăţii comunitare.

16. Management axat pe îngrijiri de **calitate.** Până în 2010 statele membre ale Regiunii vor asigura un management al sectorului de sănătate prin programe bazate pe nevoile comunitare şi individuale, ţinând cont de satisfacţia pacienţilor faţă de serviciile oferite, de măsurarea impactului în starea de sănătate şi de cost-eficacitate, cost-eficienţă,

17. Finanţarea serviciilor de sănătate şi alocarea resurselor. Până în 2010 toate statele vor dezvolta mecanisme de finanţare şi de alocare a resurselor pentru sănătate bazate pe principiile echităţii în accesul la serviciile de îngrijiri de sănătate, ale costurilor adecvate eficienţei şi eficacităţii, ale solidarităţii şi ale calităţii optime

18. Dezvoltarea resurselor umane pentru sănătate. Până în 2010 toate statele membre să aibă asiguraţi profesionişti în sănătate şi în alte sectoare, care să fi dobândit cunoştinţe, atitudini şi aptitudini specifice protecţiei şi promovării sănătăţii

19» Cercetarea şi cunoştinţele pentru sănătate. Până în 2005 toate statele vor avea cercetare în sănătate, sisteme de informare şi comunicare ca suport efectiv al utilizării şi difuzării cunoştinţelor de suport ale sănătăţii pentru toţi

20. Recrutarea şi mobilizarea partenerilor pentru sănătate. Până în 2005 se vor implementa politicile pentru sănătate pentru angajarea individuală, de grup şi a organizaţiilor din sectoarele private şi publice, şi a societăţii civile, în alianţe şi parteneriate pentru sănătate

21. Politici şi strategii pentru "Sănătate pentru toţi". Până în 2010 toate statele membre ale Regiunii Europene a OMS vor avea şi vor implementa politici pentru sănătate în toate ţările, la nivel regional şi local, susţinute de infrastructuri instituţionale, de procese manageriale şi conducere novatoare.

în Sănătatea Publică, prin accentul deosebit care se pune pe îngrijirile primare de sănătate, în corelaţie cu realizarea unui mod de viaţă sănătos şi cu creşterea calităţii vieţii se consideră că obiectivele "Sănătăţii pentru toţi" sunt realizabile. Lupta concertată împotriva tabagismului, a consumului de alcool, de droguri, alimentaţia sănătoasă, activitatea fizică, combaterea factorilor de risc

datoraţi modului de viaţă, este posibilă în cadrul politicilor intersectoriale, naţionale şi internaţionale, de putere publică angajată în favoarea sănătăţii.

Promovarea sănătăţii şi strategiile preventive

Promovarea sănătăţii reprezintă strategia de mediere între persoane şi mediul lor de viaţă (ecosistem) care sintetitează alegerea personală şi responsabilizarea societăţii faţă de sănătate.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii consideră că la temelia promovării sănătăţii stau cinci principii care au în vedere următoarele:

- implicarea populaţiei ca un întreg, în contextul vieţii ei de zi cu zi, concentrându-se mai puţin asupra populaţiei cu risc crescut de apariţie a unei anumite boli;
- orientarea asupra determinanţilor sănătăţii: factori de mediu, comportamente, servicii de sănătate, biologie umană, promovarea sănătăţii fiind îndreptată spre acţiune;
- utilizarea de metode, abordări diferite, complementare, incluzând comunicarea, educaţia, legislaţia, măsurile fiscale, schimbarea organizaţională, dezvoltarea comunităţii şi activităţile locale spontane împotriva riscurilor asupra sănătăţii, sectorul sanitar, singur, neputând realiza menţinerea şi promovarea sănătăţii;
- urmăreşte asigurarea participării publice şi transformarea conoştinţelor dobândite în comportamente, prin participarea concretă şi eficientă a publicului;
- promovarea sănătăţii reprezintă o activitate comună în domeniul social şi medical, implicarea personalului medico-sanitar în creşterea nivelului de educaţie pentru sănătate a întregii populaţii având un rol important în răspândirea şi susţinerea promovării sănătăţii.

Valorile care sunt componente esenţiale ale sănătăţii trebuie inoculate populaţiei pentru creşterea autonomiei individuale,

Activităţile de promovare a sănătăţii au un caracter neutru, nefiind supuse influenţelor politice sau de altă natură.

In orice comunitate există o serie de valori care trebuie clarificate iar rolul promovării sănătăţii este tocmai de a ajuta persoanele sau grupurile de persoane să descopere care le sunt, cu adevărat, aceste valori.

Există treî **principii** care stau la baza clarificării valorilor, ca element esenţial în promovarea sănătăţii:

- importanţa ajutorului care trebuie acordat indivizilor în clarificarea propriilor valori, adică ajutorul acordat pentru analiza critică a valorilor, prin educaţie, şi abordarea unei atitudini care nu-şi propune să judece un comportament sau o atitudine;
- utilizarea de metode multiple, flexibile şi creative în ajutorul acordat;
- promovarea sănătăţii îşi desfăşoară acţiunile în cadrul unor culturi specifice, cu propriile păreri despre modul în care viaţa trebuie trăită şi, de aceea, trebuie înlăturată tendinţa ce se reflectă în activitatea promotorilor de sănătate de a fi

înclinaţi să creadă că atitudinile referitoare la viaţă şi la valorile ei sunt fie corecte, fie greşite. Domeniile principale de interes în promovarea sănătăţii vizează:

- accesul la sănătate, cu eliminarea diferenţelor determinate de apartenenţă la un anumit grup;
- « dezvoltarea unui mediu sanogenetic (oraşe sănătoase, şcoli sănătoase), care impune o politică adecvată, naţională şi internaţională, în care starea de sănătate, fiind considerată parte componentă, includerea ei în politica de dezvoltare socio-economică a zonei respective reprezintă o prioritate. Acest model obligă la favorizarea sănătăţii atunci când se proiectează dezvoltarea ţărilor;
- crearea şi dezvoltarea reţelelor sociale şi a sprijinului social;
- promovarea comportamentelor favorabile sănătăţii;
- dezvoltarea cunoştinţelor privind sănătatea, încă de la cele mai mici vârste.

Măsuri posibile pentru promovarea sănătăţii ar fi;

- dezvoltarea serviciilor personale, pentru că persoanele trebuie să *fie* informate, convinse de eficacitatea metodelor de promovare a sănătăţii;
- dezvoltarea resurselor comunităţii cu susţinerea multisectorială a sănătăţii;
- dezvoltarea structurilor organizatorice favorabile sănătăţii cu apariţia comisiilor parlamentare de promovare a sănătăţii şi stimularea coparticipării factorilor de răspundere şi a populaţiei (structuri de stat, grupuri sociale formale),
- reglementări de ordin socio-economic, legislativ.

Pentru implementarea obiectivelor din medicina preventivă, de promovare a sănătăţii, sunt necesare o serie de strategii preventive care trebuie elaborate la nivel naţional şi internaţional, fiind adecvate nevoilor de moment, dar şi de perspectivă, a zonelor respective.

în cadrul acestor strategii se pot diferenţia două tipuri: strategia **populaţională** şi cea *bazată,* pe **demersul individual.**

în strategia populaţională pot fi descrise două abordări diferite: strategia ecologică şi strategia riscului înalt.

în general, strategiile populaţionale se bazează pe populaţie şi nu pe individ, de aceea se acordă importanţă incidenţei bolii în populaţie şi nu bolii individuale.

Cauzele incidenţei sunt diferite de cauzele bolii, factorii genetici putând explica susceptibilitatea individului faţă de boală, dar nu explică şi frecvenţa bolii în populaţie, ei putând explica heterogenitatea intraindividuală şi nu pe cea interindividuală. Frecvenţa bolii este explicată prin intervenţia factorilor ambientali (mediu fizic, psihic, social, comportament - obiceiuri alimentare şi consum, riscuri profesionale, riscuri în timpul liber, sistem sanitar preventiv, curativ, recuperator).

Strategia populaţională interesează medicul de sănătate publică, medicul colectivităţii.

Strategia ecologică se adresează întregului grup populaţional şi încearcă să modifice cauzele care produc incidenţa, vizând scăderea acesteia prin modificarea nivelului mediu al factorilor de risc în populaţia generală şi a distribuţiei lor în populaţie.

Această strategie este acceptată pentru că prezintă o serie de avantaje. Ea aduce beneficii foarte mari la nivel populaţional, este adecvată din punct de vedere comportamental, psihologic, pentru că nu face nici o discriminare, abordarea nu este paleativă, strategia adresându-se distribuţiei factorilor de risc în populaţie, având şi un impact mare în sănătatea întregii populaţii.

Principalele dezavantaje ale acestui tip de strategie rezultă din faptul că presupune un alt mod de abordare a serviciilor de sănătate, neobişnuit, motivaţia pentru individ şi medic sunt insuficiente, prezintă avantaje mici pentru populaţia la risc înalt iar raportul beneficiu/risc nu este atât de mare ca în cazul strategiei riscului înalt, fiind vorba de aşa numitul „paradox al prevenirii'* pentru că măsurile preventive aduc, de fapt, beneficii mari pentru populaţia generală, dar beneficii mici pentru populaţia cu risc crescut.

Strategia riscuiui înalt este bazată pe populaţia cu risc crescut de îmbolnăvire sau deces şi pentru înţelegerea ei sunt necesare conceptele epidemiologiei.

Pentru a fi aplicată este necesară, în primul rând, identificarea persoanelor la risc înalt pentru că acest grup populaţional este cel mai susceptibil să facă boala, ceea ce determină nevoia de elaborare de măsuri adecvate privind prevenirea şi combaterea bolii sau a decesului. Screening-ul populaţiei va reprezenta o metodă epidemiologică de bază în selectarea persoanelor care vor fi ulterior beneficiarele stategiilor fondate pe noţiunea de risc înalt. Identificarea persoanelor susceptibile se poate realiza şi fără aplicarea screening-ului atunci când se cunosc factorii de risc (gravida, sugarii, muncitorii din mediu cu noxe profesionale).

Strategia riscurilor ridicate are o serie de dezavantaje, printre care:

- costurile ridicate şi dificultăţile aplicării screening-ului la întreaga populaţie, atunci când este necesară efectuarea lui;
- efectele strategiei sunt temporare şi paleative, durata lor fiind limitată la durata intervenţiei exercitate asupra grupului populaţional aflat la risc înalt, fiind protejat doar grupul identificat iniţial, nu şi noile persoane cu risc ce apar pe parcurs.

Beneficiile aplicării acestei strategii sunt limitate doar la grupul populaţional selectat, populaţia generală nefiind implicată, ceea ce induce limite de ordin comportamental, psihologic, datorate segregării etice prin care se protejează doar o parte a populaţiei, deşi numărul indivizilor la risc înalt este mic în comparaţie cu cel al persoanelor la risc mic sau moderat care rămân neprotejate.

Strategia este însă frecvent utilizată datorită avantajelor pe care le prezintă, şi anume: raportul cost/eficacitate este favorabil, investiţia se limitează la

persoanele cu risc înalt iar raportul beneficiu/risc este favorabil (eventualele efecte secundare pot apare doar la cei susceptibili); individul şi medicul au o motivaţie mare iar serviciile de sănătate pot avea o intervenţie adecvată intereselor individului care, ştiind că are factori de risc, este mai interesat să adopte măsuri preventive.

Metoda îngrijirilor de sănătate materno-infantilă fondată pe noţiunea de risc reprezintă un exemplu concludent al aplicării strategiilor preventive şi este o politică sanitară şi socială de intervenţie care se bazează pe datele reale privind riscurile de boală (deces), costurile, resursele, eficacitatea diverselor măsuri luate. Ea reprezintă o metodă de identificare a grupurilor expuse la un risc înalt de boală/deces (morbiditate specifică, mortalitate infantilă, mortalitate maternă), în vederea luării de decizii privind alocarea de resurse.

Principiul general al metodei este de a asigura pentru toţi cele mai bune servicii, dar favorizând pe cei care au cel mai mult nevoie, deci este necesar să se asigure pentru întreaga populaţie îngrijirile medicale esenţiale, resursele existente fiind însă afectate cu prioritate celor care au mai mult nevoie (grupuri populaţionale la risc înalt).

în activitatea practică este de preferat combinarea celor două strategii pentru că strategia ecologică şi strategia riscului înalt sunt complementare şi nu competitive.

în **strategia bazată pe demersul individual** acţiunile se adresează individului purtător al bolii şi aparţine exclusiv sectorului clinic, fiind o stategie importantă pentru practica individuală, în care se evaluează permanent riscul relativ ca expresie a forţei asociaţiei epidemioîogice.

Carta de la Ottawa a stabilit o serie de obiective pentru promovarea sănătăţii la nivel mondial:

- Dezvoltarea politicilor urbane de sănătate publică;
- Asigurarea unui mediu înconjurător favorabil;
- Participarea la acţiuni colective, multidisciplinare;
- Dezvoltarea capacităţilor individuale;
- încurajarea noilor misiuni ale serviciilor de sănătate;
- Asigurarea condiţiilor prealabile sănătăţii;
- Promovarea ideii de condiţii favorabile pentru sănătate;
- Oferirea (realizarea) de mijloace pentru promovarea sănătăţii;
- Serviciul sanitar trebuie să devină un mediator pentru realizarea unei vieţi sănătoase.

Programele şi strategiile de promovare a sănătăţii trebuie adaptate la nevoile şi posibilităţile locale ale ţărilor şi regiunilor, ţinând cont de diversele sisteme sociale, culturale şi economice.

Promovarea sănătăţii este un proces care conferă populaţiilor mijloacele de asigurare a unui control asupra propriei lor sănătăţi şi de ameliorare a acestuia.

Este un concept pozitiv ce pune în valoare resursele sociale şi individuale la fel ca şi capacităţile psihice.

Promovarea sănătăţii nu aparţine exclusiv sectorului sanitar: toate sectoarele de activitate, toţi cei care definesc cadrul de viaţă al unui individ sau al unei comunităţi sunt părţi componente esenţiale ale realizării unui mod de viaţă sănătos.

în domeniul sănătăţii, in Europa există 5 obiective generale:

1. ameliorarea stării de sănătate generală pentru toţi;
2. reducerea inegalităţilor (disparităţilor) în faţa sănătăţii;
3. moduri de viaţă favorabile sănătăţii;
4. calitatea mediului înconjurător;
5. oferirea de îngrijiri adaptate şi accesibile.

întreaga activitate de promovare a sănătăţii se bazează pe considerarea profilaxiei şi a medicinei preventive ca o resursă indubitabilă pentru implementarea, la nivel populaţional, a programelor care vizează menţinerea sănătăţii individuale şi comunitare, prevenirea bolilor şi reducerea anilor potenţiali de viaţă pierduţi, evitarea disabilităţilor şi a handicapurilor, dar şi creşterea speranţei de viaţă ia naştere şi la diferite grupe de vârstă, cu acordarea de şanse egale tuturor, astfel încât „sănătatea pentru toţi" să nu rămână doar un slogan.

XXÎV. Puterea medicală. Epilog.

Andre Gouaze în cartea sa "Une certaine idee du pensoir medical", a folosit un citat al lui Jean Bernard: "Marea neşansă a unui bolnav este de a fi asistat de un medic ignorant... Conştinţa fără ştiinţă este inutilă. Sensibilitatea, chiar sinceră, dar care ascunde incompetenţa este periculoasă". Intr-o carte extrem de utilă, rodul unei experienţe de o viaţă, Andre Gouaze, după o introducere care reprezintă "Crezul său", discută esenţa problemelor din medicină: Dimensiunea ştiinţifică şi tehnică a medicinei şi a puterii medicale, Dimensiunea individuală, personală a medicinei şi a puterii medicale, Dimensiunea colectivă a medicinei şi a puterii medicale, Universitatea şi Comunităţile Medicale Universitare, Marile "provocări" ale medicinei, se ocupă de Puterea medicală.

Acest ultim capitol este inspirat de Andre Gouaze, căruia îi aducem omagiul nostru.

"Puterea medicală este capacitatea de a asista, de a vindeca, de a informa, de a explica, de a dialoga, de a face să participe la alegerea şi la decizia tratamentului, pacientul şi/sau familia sa."

Puterea medicală se bazează pe două valori: • Competenţa profesională; « Umanismul.

Aceste două valori clădesc legitimitatea puterii medicale.

Orice putere însă crează pe plan etic datorii, responsabilităţi.

Puterea medicală are ca responsabilitate în primul rând de a da asistenţă, dar nu orice asistenţă, ci una cu cea mai înaltă pregătire şi cu multă conştiinţă, cu dăruire, oricărui pacient care are "nevoie de tine ca medic" şi oricărei persoane în pericol sub aspect medical; această asistenţă trebuie acordată cu respect faţă de om, faţă de demnitatea sa, faţă de libertatea sa, conform regulilor de etică ale profesiei.

"A fi responsabil, înseamnă a răspunde" (Andre Gouaze).

Pentru medic, aceasta înseamnă a răspunde în toate înţelesurile termenului, a răspunde problemelor pacientului, care are încredere totală în tine, ca medic şi om.

A fi responsabil, înseamnă în primul rând a răspunde cererii de asistenţă a pacientului.

Medicul este totdeauna responsabil, personal, de fiecare din deciziile sale, de fiecare din intervenţiile sale. într-o echipă, există o responsabilitate colegială, colectivă, în mod cert, dar ea este dublată totdeauna, pentru fiecare, de o responsabilitate personală, în sensul deciziei sau acţiunii care-i revine.

Responsabilitatea medicului este o responsabilitate, mai mult sau mai puţin grea, conform diferitelor specialităţi, dar ea este adeseori foarte grea !!

Indiferent de specialitatea sa, responsabilitatea cea mai grea a medicului este, fără îndoială, cea a raţionamntului diagnostic, a deciziei terapeutice şi a acţiunii tehnice, indiferent că acestea sunt medicale sau chirurgicale.

Medicul generalist (medicul de familie), de exemplu, trebuie zilnic să "aleagă" una din posibilităţile descrise, pornind de la o ceiklee relativ "banală", până la hipertensiune intracraniană la debut, între durerea toracică şi debutul unei pneumonii sau infarct miocardic, între menţinerea la domiciliu şi internarea de urgenţă... cu toate consecinţele pe care eroarea le poate antrena.

Subliniem responsabilitatea colegilor din laborator, a morfopatologilor, a specialiştilor în imagistică care trebuie să examinaze tumorile extirpate, iâcând un diagnostic precoce şi precis, sau să interpreteze exact imaginile din tehnicile noi de imagistică, care contribuie extraordinar la stabilirea diagnosticului; iar după diagnostic, urmează tratamentul

Puterea ştiinţifică şi tehnică există în medicină ?

Evident există, dar acestea sunt însoţite de o responsabilitate deosebită !

Această responsabilitate ştiinţifică şi tehnică din medicină nu este una episodică, ea se repercuta în fiecare zi asupra practicii medicale, asupra fiecărui pacient, asupra fiecărei decizii, asupra fiecărei intervenţii exploratorii sau chirurgicale.

începând cu bolnavul care se confesează, cu încrederea pe care acesta o "oferă" medicului, se ridică problema legitimităţii acceptării a tot ceea ce medicul hotăreşte, împreună cu bolnavul, spre binele acestuia, care este problema legitimităţii însăşi a medicului.

Competenţa medicului este cea care dă, în primul rând, legitimitatea relaţiei medic - pacient. în "mersul" luării unei decizii finale, medicul întreabă mereu, în măsura în care acest lucru este acceptat, despre tot ceea ce l-ar putea ajuta să înţeleagă mai bine suferinţa bolnavului, fiecare informaţie complementară fiind extrem de valoroasă. Astfel medicul discută şi rediscută cu bolnavul, cu familia, cu colegii săi specialişti, unii cu mai multă experienţă, alţii de aceeaşi vârstă, dar foarte valoroşi profesional, după care soseşte momentul cel mai important: luarea deciziei.

Această decizie poate fi luată uşor sau greu, foarte frecvent greu, dar în faţa obligativităţii de a lua decizia finală, medicul este singur, doar cu "spiritul şi inima sa".

A fi responsabil, înseamnă a răspunde, dar a răspunde în toate sensurile termenului, pentru că numai astfel se face totul în favoarea bolnavului.

în această primă responsabilitate din cadrul puterii medicale, există datorie profesională, dar şi umanism !

Puterea medicală este în aceste condiţii deschisă şi transparentă, sănătoasă şi inatacabilă, deoarece este fondată pe difuzarea informaţiei personalizate, pe încredere, pe exigenţă, pe competenţă ştiinţifică şi tehnică.

în acest fel, dar numai în acest fel, puterea medicală este înţeleasă, acceptată, necesară şi salutată de către pacient, de către societate.

Umanismul este o datorie de fiecare zi, de fiecare minut, el putându-se manifesta şi singur în unele situaţii departe de a fi excepţionale, cum ar fi, de exemplu, asistenţa bolnavului în stadiul final, a muribundului.

Puterea medicală, astfel înţeleasă, la toate nivelele unde este nevoie de ea, devine un factor de stabilitate în societate.

Medicul investit cu încrederea bolnavilor săi începe să aibă putere, dar va trebui să lupte, pentru ca această putere să se împlinească. Din "n" astfel de puteri rezultă puterea medicinei, forţa acesteia într-o ţară, într-o societate.

între alte profesii, doar preoţii investiţi cu încrederea credincioşilor lor şi învăţătorii - profesorii investiţi cu încrederea elevilor şi părinţilor, se apropie de relaţia medic - pacient, când aceasta înseamnă adevăr, încredere.

A fi responsabil, înseamnă a răspunde, chiar la reclamaţia unui bolnav nemulţumit de asistenţa acordată sau chiar în faţa unei instanţe judecătoreşti sau disciplinare.

S-a subliniat anterior importanţa informaţiei personalizate, act "lansat" pentru bolnav şi dacă este necesar şi pentru familia sa, fiind nevoie de un dialog transparent înainte de începerea oricărei acţiuni. Acest element face din puterea medicului o putere împărţită, acceptată şi salutată în ultimă instanţă de către pacient, de către societate.

Noţiunea de informaţie prealabilă este însă diferit înţeleasă în ţările Europei de Apus şi în SUA, la fel şi acordul pacientului, dar din toate aceste experienţe se învaţă.

Astfel, informaţia trebuie să fie simplă şi pe înţeles (Ţările de Jos), ea va comunica riscurile, rezultatele şi durata tratamentului (Luxemburg, Danemarca); informaţia poate disimula gravitatea prognosticului (Franţa), informaţia nu va aduce prejudicii stării fizice şi psihice a bolnavului (Elveţia, Belgia). După experienţa americană, unde numărul proceselor intentate medicilor datorită ineficientei informării şi lipsei acordului scris pentru o intervenţie medicală a fost mare, aproape în toate ţările europene (începând cu Anglia), acest acord este cerut, după ce s-au dat cu tact, adaptat situaţiei, toate informaţiile necesare.

în societate, se vorbeşte mereu de putere. Despre puterea medicală se poate vorbi la fel ca şi despre alte puteri, adică o putere poate să fie adevărată sau falsă, legitimă sau nelegitimă, dar atunci când este respectată definiţia puterii medicale, aceasta trebuie luată în consideraţie şi individualizată, la fel ca şi puterea juridică, religioasă, politică (?!), toate contribuind însă la construcţia societăţii.

Ceea ce dă legitimitate puterii medicale sunt cele două date fundamentale: competenţa şi umanismul.

Cu alte cuvinte, dacă eşti competent, uman şi cu un comportament etic (etica se simte, "viu" în tine, dar etica se poate şi învăţa !) ai putere în medicină, "primeşti" această putere şi nu o "cauţi" numai pentru a ajunge undeva sus, pe un "scaun".

Cel mai des, în această din urmă situaţie, este vorba o falsă putere!... Oricum trecătoare putere. Aceasta nu înseamnă că cel care este cu adevărat

puternic nu poate (ba chiar trebuie !) să concureze pe un post de conducere, din respectul şi de dragul puterii medicinei, a unei instituţii medicale, şi nu a puterii personale, demnitare. Cu alte cuvinte, cel care este competent şi legitim nu refuză puterea, ci o acceptă. în acest caz, refuzul puterii oferite este considerat egoism, pentru că acest medic competent şi uman se gândeşte numai la comfortul său personal sau se consideră incompetent, afişând o falsă modestie. Trebuie să existe motive foarte serioase pentru ca un medic competent şi uman să refuze puterea medicală !

"Puterea medicului nu se afişează !" (Andre Gouaze). Adevărata putere o dă calitatea acţiunilor medicului, mesajul muncii sale, realizările sale, toate acestea făurind imaginea medicului în societatea pe care o deserveşte, fără vanităţi şi orgolii.

Puterea medicului nu se afişează prin titluri. Nefericit ar trebui să se simtă acela care are nevoie de titluri pentru a se afirma, pentru a-şi "afişa valoarea sa".

în încheiere, îl citǎm pe J.Bertrand, care spunea:

„Medicul trebuie să aibă mai multe misiuni: să afirme diagnosticul, să fixeze indicaţiile terapeutice, să transmită adevărul bolnavului, explicându-i motivele deciziei sale. Medicina din trecut este, şi pentru o mare parte a rămas astfel, o medicină terapeutică, încercând cu toată puterea, conform preceptelor hipocratice, de a întârzia moartea şi de a diminua suferinţa.

Medicina viitorului, foarte diferită, va fi în mare parte preventivă, cu noi probleme de etică (sau reînnoite). Medicul învaţă în timpul studiilor sale şi pe parcursul întregii vieţi, ori etica nu se învaţă ca şi chimia: trebuie propuse metode speciale şi începând de acum înainte trebuie întreprins un efort foarte viguros de educaţie.

Această educaţie va aduce generaţiilor viitoare informaţiile necesare, atât din partea biologică, cât şi din partea eticii şi le va permite să alinieze progresele cunoştiinţelor la respectul acordat persoanei, ceea ce guvernează toată bioetica".

XXV. Bibliografie selectivă

1. Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la medecine. Paris, Nathan, 1994.
2. Allport WG. Structura şi dezvoltarea personalităţii. Bucureşti, Ed.Didactică şi Pedagogică, 1991.
3. Ambroselli C. L'Ethique medicale. PUF, Que sais-je?, 1994.
4. Astărăstoae V, Stoica O. Genetică versus bioetică. Editura Polirom, 2002.
5. Athanasiu A.. Elemente de psihologie medicală. Editura Medicală, Bucureşti, 1983.
6. Bamforth I. Compliance and concordance with treatment Corning to an understanding with patients and prepositions. BMJ, 1997, 314.
7. Ban T. Oncovademecum 2000. Ed. MPM Edit Consult-Bucureşti, 2001,516-611.
8. Beers MH, Berkow R. Manual Merck de diagnostic şi tratament. Boli de nutriţie, Ed.BIC ALL, ediţia XVII, 2002, 1-62.
9. Bernard J. De la biologie â Fethique. Buchet/Chastel, 1990.
10. Bernard J. La BioetMque. Fîammarion, Dominos, 1995.
11. Bernard J. Prediction, prevention et ethique au XXI siecle în Initiation â l'ethique medicale sub redacţia Brunswic H. şi Pierson M., Paris, 2002
12. Bernard J., La Medecine du futur, Le Cherche-Midi, 1999.
13. Bernzweig J. et al. Gender diferences in physician - patient communication. Evidence from pediatric visits în Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 1997, 151(6).
14. Bîrţ AM, Dumitraşcu D. Anorexia nervoasă în Patologia digestivă funcţională, Ed.Medicală, Bucureşti, 1991, 52-58.
15. Birt AM, Dumitraşcu D. Hiperfagia şi bulimia în Patologia digestivă funcţională, Ed.Medicală, Bucureşti, 1991, 61-63.
16. Birt AM. Tulburările comportamentului alimentar. Anorexia Nervoasă. Bulimia nervoasă, Ed.Dacia, Cluj Napoca, 2003.
17. Bloom BL. Health Psychoiogy. A Psychosocial Perspective. Prentîce Hali, Englewood Ciiffs, New Jersey 07632, 1988.
18. Boileau B. Â propos des troubles des conduites alimentaires chez l'enfant d'âge de latence, Prisme, 2000, 32, 164-167.
19. Brunswic H., Pierson M. Initiation â l'ethique medicale. Ed.Vuibert, Paris, 2002.
20. Brusset B. Psychopathologie de Panorexie mentale, Ed. Dunod, Paris, 1998.
21. Buckman R. Talking to patients about cancer, BMJ, 1996, 313.
22. Buta MG. Medicii şi Biserica. Ed.Renaşterea, Cluj-Napoca, 2003.
23. Buta MG. Nursingul biblic sau problema vindecării în teologia ortodoxă. Renaşterea, Cluj-Napoca, 2001, 6, 8.

24. Buta MG. Sensul creştin aî actului medical. Renaşterea, Cluj-Napoca, 2002, 11,6.
25. Buta MG., Buta L. O istorie universală a nursingului. Ed.Dacia, Cluj-Napoca, 2000.
26. Byrne P, Long B. Doctor Talking to Patiens. London, HMSO, 1976.
27. Caille P. Le dereglement de la faim comme double message in Onnis Luigi. Les langages du corp. La revolution systemique en psychosomatique, Ed.ESF, Paris, 1996, 106-115.
28. Calciu Dumitreasa Gh. Homo Americanus. O radiografie ortodoxă. Ed.Christiana, Bucureşti, 2002, 39-45.
29. Cartwright A, Anderson R. General Practice Revisited. Tavistock, London, 1981.
30. Cartwright A, Anderson R. General Practice Revisited: A. Second Study of Patients and The ir Doctors. Tavistock, London, 1981.
31. Cartwright A, O'Brien M. Social class variations in health care and in general practitioner consultation, The Sociology of the NHS. Sociological Review Monograph, Ed.M.Stacey Keele, University of Keele, 1976, 22
32. Cartwright A. Patients and Their Doctors. Ed.Routledge & Kegan Paul, London, 1967.
33. Charles C et al. Shared decision - making in the medical encounter: what does it mean?, Social Science & Medicine, 1997, 44.
34. Charlier *D.* Nourritures interieures in Anorexie et boulimie. Modeles, recherches et traitements, De Boeck Universite, Bruxelles, 1996, 133-143.
35. Chelcea A, Cheîcea S. Cifrul vieţii psihice. Ed.Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1978.
36. Chelcea S. Valsul ONU, sau despre psihologia spaţiului personal. Psihologia, 1993,3, 11-13.
37. Collinge W. Cartea medicinei. Bucureşti, Editura Lucman, 1997.
38. Comaroff J. Communicating information about non-fatal illness: The strategies of a group of general practitioners. Social Rev, 1976, 24, 269-90.
39. Davis F. Passage Through Crisis: Polio Victims and Their Famiiies. Indianopolis, Bobbs-Merrill, 1963.
40. Davis K, Newstrom J. Human behavior at work Organizational behavior (7^{th} ed.). New York, Mc Graw-Hill, 1985.
41. Davis M. Variation in patient's compliance with doctor's advice: empîrical analysîs of patterns of communication. Am.J.Pub. Hlth, 1968, 58, 274-88.
42. Dănăilă L, Golu M. Tratat de Neuropsihologie, Ed.Med.Bucureşti, 1999, voi 1, 294-297.
43. Deschamps JP. De la prevention â la promotion de la sânte: aspects ethiques, în Initiation â l'ethique medicale. Red.Brunswic H, Pierson M. Paris, 2002
44. Dinu M. Comunicarea. Bucureşti, Ed.Ştiinţifică, 1997.
45. Divac SM. Psychopathologie quantitative des troubles des conduites alimentaires, Ed. Masson, Paris, 1994, 182-187.

46. Doblin BH, Klamen DD. The ablility of first - year medical students to correctîy indentity and directly respond to patient's observed behaviors. Academic Medicine, 1997, 72.
47. Dorofteiu M. Fiziologie, Ed.Casa Cărţii de Ştiinţă, Cluj Napoca, 2002.
48. Doumenc M, Lafont-Picton MJ, Molinari M, Ourabah R. Evaluation en medecine ambuîatoire. Le concours medical, 1992, avril et mai.
49. Duffy DL, Hamerman D, Cohen MA. Communication skilîs of house offlcers: A study in a medical clinic. Annals of Internai Medicine, 1980, 93, 354-357, apud Bloom BL. A Psychosocial Perspective. Health Psychology, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hali, 1988.
50. Egbert L, Battit G, Welch C, Bartlett M. Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. New Engl.J.Med., 1964, 270, 825-827.
51. Ekman P. Expression and the nature of emotion în Elkman P and Scherer K. Approaches to emotion. Hillsdale, N.J., 1984.
52. Field D. The Social Defmition of Illnes în An Introduction to Medical Sociology. Ed.David Tuckett, Tavistock Publications, London, 1976.
53. Fischler C. La regulation sociale des conduites alimentaires in Samuel-Lajeunesse B, Foulon Ch. Les conduites alimentaires, Ed.Masson, Paris, 1994,8-21.
54. Fitzpatrick R, Hopkins A, Wayvard-Watts O. Social Dimensions of Healing. Soc.Sci.Med., 1983, 17(8), 501-510.
55. Freidson E. Dilemmas in the doctor-patient relationship în Sociology of Medical Practice. **EAC.Cox** & A. Mead, London, Collier Mac **Millan,** 1970.
56. Freidson E. L'influence du client sur îexercice de la medecine în Herzlich C. Medecine, maladie et societe. Paris - La Haye, Mouton, 1970.
57. Friedman HS, DiMatteo MR. Health Psychology. Prentice Hali, Englewood Cliffs, New Jersey 07632, 1989.
58. Frydman R. Dieu, la medecine et l'embryon. Odile Jacob, 1997.
59. Gaiîlac V. Nosographie et troubles du comportement aîimentaire in Samuel-Lajeunesse B, Foulon Ch. Les conduites alimentaires, Ed.Masson, Paris, 1994, 173-180.
60. Gheorghiu VA., Hipnoza. Realitate şi ficţiune. Bucureşti, Ed.Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1977.
61. Giî R. Neuropsychoîogie de la faîm in Gil R. (Eds). Neuropsychologie, Ed.Masson, Paris, 2003, 266-268.
62. Gouaze A. Une certaine idee du Pouvoir medical, Exp.Sc.Fr., Paris, 1991.
63. Grant B, Hennings G. Mişcările, gestica şi mimica profesorului. Ed.Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
64. Guillemont A, Laxenaire M. Anorexie mentale et boulimie. Le poids des facteurs socioculturels, Ed.Masson, Paris, 1994.
65. Guîdbrandsen P et al. General Practitioners' Knowledge of their patient's psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. BMJ, 1997, 314.

66. Haddad G. Manger le livre, Ed.Grasset, 1984.
67. Hiddemann W. DIe Verantwortung des Arztes im 21 în Jahrhundert Spektrum der Wissenschaft. 1998, 2, 46-61.
68. Hoerni B. fehique et deontologie medicale. Masson, 1996.
69. Hollingshead A, REDLICK F. Classe sociale et traitement psychiatrique în Herzlich C. Medecine maladie et societe, 1970.
70. Hurgoiu V. Alimentaţia copilului sănătos şi bolnav, Ed.Medicaîă, Bucureşti, 1999.
71. lamandescu IB. Psihologie medicală. Ed.Infomedica, Bucureşti, 1997.
72. lonuţ C, Popa M, Calfa C, Sârbu D, Curşeu D, îonuţ V, Laza V, Năsui B. Igiena alimentaţiei şi nutriţiei - noţiuni practice, Ed.Med.Universitară „luliu Haţieganu", Cluj-Napoca, 2001, 224-225.
73. Jackson DB, Saunders RB. Child Kealth Nursing. J.B. Lipincoît Company Philadelphia, 1993, 107-115.
74. Jonas H. Le Principe de responsabilite. Une ethique pour la civilisation technologique. Cerf, 1997.
75. Kaplan RM, Sallis JF jr, Patterson TL. Health and Human Behavior. McGraw-Hill Editions, International Editions, 1993.
76. Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults, Medical CHnics of North America, voi. 84, 4, 2000, 1027-1049.
77. Laudon M. The Healer's Power. Lancet, 1992, 339.
78. Lenoir F. Le Temps de la responsabilite. Fayard, 1990.
79. Loirat C, Niaudet P. Nephrologie pediatrique, 1993, 311-357.
80. Louis-Sylvestre L Role des caracteristiques sensorielles des aliments in Samuel-Lajeunesse B, Foulon Ch.. Les conduites alimentaires, Ed.Masson, Paris, 1994,31-44.
81. Lucan M. Manual de Transplant renal. Editura Clusium & Celsius, 1999, 441-451.
82. Maisonneuve J. Roluri şi conflicte de roluri în Neculau A. Psihologie socială. Aspecte contemporane. Iaşi, Ed.Polirom, 1996.
83. Mantz JM, Granmottet P, Queneau P. Ethique et therapeutique. Presses Universitaires de Strasbourg, 1998.
84. Marcelii D, Alvin P. Les troubles des conduites alimentaires in Medecine de Padolescent, Paris, Ed.Masson, 2000, 123-135.
85. Meister B, Collin M, Baekberg M. Interactions of orexins and leptin with hypothalamic neurons involved in satiety, European Neuropsycho-pharmacology, vol.13, suppl.4, 2003, S 142.
86. Mincu I, Boboia D. Alimentaţia raţională a omului sănătos şi bolnav, Ed.Medicaîă, Bucureşti, 1975.
87. Miu N. Tratat de Medicină a adolescentului. Casa Cărţii de Ştiinţă, Cluj, 1999,266-274.

88. Morgan M. The Doctor-Patient Reiationship în Patrick D, Scambler G. Sociology as Applied to Medicine. 2nd edition, London, Philadephia, Toronto, Billiere-Tindall, 1986.
89. Parsons T. Stracture sociale et processus dynamique; le cas de la pratique medicale in Herzlich C. Medecine, Maladie et societe. Paris, Mouton, 1970.
90. Peter JL, Huli R. Principiul lui Peter. Bucureşti, Ed.Humanitas, 1994.
91. Pierson M. L'explosion de Ia genetique humaine. Sciences et Vie, 1992, decembre.
92. Plowman PN, Pinkerton CR. Clinica! Practice and Controversies. Paediatric Oncology, Chapman & Hali Medical, London, 1992, 618-630.
93. Popescu G, Rădulescu S. Medicina şi colectivităţile umane. Bucureşti, Editura Medicală, 198).
94. Răscanu R. Psihologie medicală şi asistentă socială. Societatea Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1997.
95. Rogers A, Dourand de Bousingen D. Une bioethique pour FEurope. Ed.du Conseil de FEurope, 1995.
96. Roland J. Les Facultes de medecine et la formation medicale continue. Nancy, Bialec, 1998.
97. Rotariu T, Iluţ P. Sociologie. Ed.Mesagerul, Cluj Napoca, 1996.
98. Ruth H, Streigel-Moore, Faith AD, Kraemer HC, Barr Taylor C, Daniels S, Crawford PB, Schrieber GB. Eating disorders in white and black women, Am.J.Psychiatry, 160,2003,13264331.
99. Saas I. Propositions pour un ethique medicale planetaire post - hipocratique. Journal Internationale de bioethique, 1995, 6, 4-5.
100. Sadock BL Normal human sexuality and sexual dysfunction in Comprehensive Textbook of Psychiatry. edited by Sadock BJ, Kaplan HI. Williams&Wilkins, Baltimore, 5thed, 1989.
101. Samuel-Lajeunesse B, Fouîon Ch. Les conduites alimentaires, Ed.Masson, Paris, 1994.
102. Samuel-Lajeunesse B. Troubles du comportament alimentaire. Aspects semiologiques in Samuel-Lajeunesse B, Fouion Ch. Les conduites alimentaires, Ed.Masson, Paris, 1994, 83-99.
103. Saxon G. Sociological Aspects of Health and Illnes în Handbook of Modern Sociology. ed. Robert EL, Paris, Chicago, Rând McNally & Company, 1966.
104. Scripcaru Gh, Ciucă A, Astărăstroaiei V, Scripcaru C. Bioetica, ştiinţele vieţii şi drepturile omului. Ed.Polirom, 1998.
105. Scripcaru Gh. Bioetica, o perspectivă europeană. Ed.Grand PVD Impex, Iaşi, 1995.
106. Servant JC. Les Metiers de Thumanitaire. L'Etudiant, 1993.
107. Shelton HM. Le Jeune, Ed.de la Nouvelle hygiene, Le Courier du livre, 1970.
108. Steudler F. Sociologie medicale. Paris, Librairie Armând Colin, 1972.
109. Stoudemire A. Human Behavior: An introduction for medical students. J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1991.

110. Taylor SE. Health Psychology. McGraw-Hill Editions, 2nd edition, 1991.
111. The Fundation of Christian Bîoethics. **Christian** Bioethics in a Post-Christian Word. Krips, **Meppel,** Sweets & **Zeitlinger** Publishers b.v. Lisse, Netherlands, 2000, 399-414.
112. Thevoz JM. Entre nos mains Pembryon. Recherche bioethique. Labor et Fides, Geneve, 1990.
113. Toiiguet B. Bioethique et procreation medicalement assistee în Brunswic H, Pierson M, Initiation â Fethique medicale, Paris, 2002.
114. Ursea N, Klein C. Terapia cu celule suşe hematopoetice a bolilor autoimune şi în transplantul de organe. Nefrologia, 6(18), 2001.
115. Ursea N. Manual de Nefrologie. Editura Fundaţiei Române a Rinichiului, **2001,** 1412-1422.
116. Vander Zanden WJ. The Social Experience, An întroduction to Sociology. New York, Random House, 1988.
117. Velley R. Histoire du secret medical. Seghers, 1986.
118. Verspieren P. L'Ethique biomedicale dans Fenseignement superieur. Bayard Editions, 1989.
119. Vila G, Mouren-Simeoni MC, Aspects cliniques des troubles des conduites alimentaires chez Fenfant in Samuel-Lajeunesse B, Foulon Ch. Les conduites alimentaires, Ed.Masson, Paris, 1994, 144-168.
120. von Schonborn C. Oamenii, Biserica, Ţara. Creştinismul ca provocare socială. Ed. Anastasia, Bucureşti, 2000, 169-186.
121. Wienner JM, Breslin Nancy A. The Behavioral sciences in psychiatry. BJ.Waverly, New Delhi, 1996, 3rd ed.
122. Zamfir C, Vlăsceanu L. Dicţionar de sociologie. Bucureşti, Ed. Babei, 1993